

LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152015_0058

ANNÉE 1929

THÈSE

N.

227

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BAILLIS

Interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Anatomique

Né le 14 Mars 1897, à Monségur (Gironde)

Les Suppurations Pelviennes et leur traitement par l'Hystérectomie Vaginale

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1929

FRANCE

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BAILLIS

Interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Anatomique

Né le 14 Mars 1897, à Monségur (Gironde)

Les Suppurations Pelviennes

et leur traitement par l'Hystérectomie Vaginale

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU.

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1929

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N. .
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N. .
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	GIROUD.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHEL Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Pharmacologie	MERCIER.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÈRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE A LA MÉMOIRE DE :

MARIE BOSSE

MON ARRIÈRE GRAND'MÈRE (1829-1919)

PIERRE JULLIOT

MON GRAND-ONCLE (1823-1904)

*En pieux hommage pour tout ce que
notre famille leur doit.*

A MON PÈRE, A. BAILLIS

Pharmacien

Mon premier Maître.

A MA MÈRE

*Que mes parents acceptent ce travail
comme un modeste témoignage de
mon immense affection et de ma re-
connaissance.*

A MA FEMME

Ancien préparateur à l'Ecole des Hautes Etudes

Ma chère compagne et collaboratrice.

A MES ENFANTS :

MICHEL ET JEAN-CLAUDE

A MON ONCLE, J. BUGEAU

En témoignage de grande affection.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.*

*En le remerciant de l'honneur qu'il me
fait, je le prie de croire à mon res-
pectueux attachement et à ma pro-
fonde reconnaissance.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR A. MOUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*En témoignage de ma reconnaissance et
de mon entier dévouement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR J.-L. ROUX-BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

*En témoignage de profond et respectueux
attachement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR M. CHIFOLIAU

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*Pour l'affectueuse bienveillance qu'il
veut bien me témoigner, en gage de
ma profonde gratitude et de mon res-
pectueux attachement.*

A MES MAITRES DE BORDEAUX

Externat

M. LE PROFESSEUR J. DUVERGEY (1919-1920)

A MM. LES PROFESSEURS MICHELEAU ET J. GUYOT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

1921-1922

M. LE PROFESSEUR NAGEOTTE (*Salpêtrière*)

M. LE DOCTEUR H. BARBIER (*Hôpital Herold*)

1922-1923

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MATHIEU (*Boucicaut*)

M. LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO (*Boucicaut*)

1923-1924

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S. I. DE JONG (*Ivry*)

(*In Memoriam*)

1924-1925

M. LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER (*Hôtel-Dieu*)

M. LE DOCTEUR SAINTON (*Hôtel-Dieu*)

1925

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE

[DOCTEUR SÈNÈQUE, ASSISTANT (*Hôpital St-Louis*)]

M. LE DOCTEUR CATHALA (*Hôpital St-Louis*)

Internal

1925-1926

M. LE PROFESSEUR HARTMANN (*Hôtel-Dieu*)

Professeur de Clinique Chirurgicale

M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

1927

M. LE DOCTEUR A. MOUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE PROFESSEUR A. BRINDEAU (*Tarnier*)

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

1928

M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

1929

M. LE DOCTEUR M. CHIFOLIAU

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE PROFESSEUR LEGUEU (*Necker*)

Professeur de Clinique Urologique

A MES CHERS AMIS :

P. PUECH, A. ALIBERT, J. AZALBERT

Internes des Hôpitaux

*En souvenir de notre travail en commun
et de tant d'agréables moments vécus
ensemble.*

A. FOLLIASSON

Interne des Hôpitaux de Paris

Préparateur à la Faculté

*En souvenir de nos nombreuses après-
midi passées au laboratoire de Chi-
rurgie expérimentale de la Faculté.*

A LA MÉMOIRE DE MON AMI

ROGER DUCROS

Mort pour la France à l'Armée d'Orient

le 29 septembre 1916

Qu'il me soit permis d'exprimer à M. le Professeur Legueu, à M. le Docteur Arrou, chirurgien des Hôpitaux de Paris, ainsi qu'à MM. les Docteurs Dartigues, Jayle et Leuret toute ma reconnaissance pour les conseils qu'ils m'ont si obligeamment donnés au sujet de cette thèse.

Du même auteur

— *Notes sur un cas de luxations bilatérales non traumatique des deux genoux* (en collaboration avec le Docteur M. Sarrazin, de Monségur. — « Gazette des Hôpitaux », 16 mars 1927).

— Questions d'Internat et d'Externat :

— *Fracture de l'extrémité inférieure du radius.*

(« La Section Médicale », 3^e année, n^o 23, 1926).

— *Diagnostic des Hématuries.*

(« Le Jeune Médecin », n^o 1, mai 1927).

— *Trachée.*

(« La Section Médicale », 4^e année, n^o 26, 1927).

— *Un cas de pouce gauche surnuméraire avec métacarpien* (Soc. Anatomique de Paris, Séance du 2 juin 1927).

— *Névrome plexiforme de la région occipitale* (en collaboration avec J. Delarue. — Annales d'Anatomie patholog. et d'Anat. normale médico-chirurgicale, T. IV, n^o 6, juin 1927).

— *Hernie inguinale étranglée, coexistant avec une gangrène du testicule chez un enfant d'un mois et demi* (en collaboration avec le Docteur Albert Mouchet, chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Annales d'Anat. pathol. T. IV. N^o 6, juin 1927).

— *Deux cas graves d'infection amniotique* (en collaboration avec J. Desoubry. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 14 novembre 1927).

— *Kyste de la lèvre inférieure* (« Bulletin de la Soc. Anatomique ». — Séance du 5 mai 1927).

— *Position anormale de l'ovaire et de la trompe dans le méso-appendice avec salpingite tuberculeuse*, (en collaboration avec J. Delarue. — Soc. Anat. Séance du 5 mai 1927).

— *Un cas d'invagination iléo-colique chez l'adulte* (en collaboration avec A. Pellé. — Annales d'Anat. pathol. et d'Anat. normale médico-chirurgicale. T. V, n° 9, décembre 1928).

— *Ce que personne ne doit ignorer de l'emploi de l'insuline en chirurgie* (« Journal de l'Umfia », n° 31, 4^e année, novembre 1928).

— *Les Muscles masticateurs. Etude anatomique de la région ptérygoïdienne* (« Journal de l'Umfia », 1928).

— *Diagnostic des arthrites tuberculeuses en général* (« Journal de l'Umfia », 1928).

— *La Fracture du Cuboïde* (en collaboration avec H. Crépinet. — Soc. Anat. Séance du 2 mai 1928).

— *L'ostéosynthèse des deux os de l'avant-bras* (en collaboration avec A. Folliasson. — « Paris Médical », 23 mars 1929).

Les Suppurations Pelviennes et leur traitement par l'Hystérectomie Vaginale

Avant-Propos

C'est à notre Maître, M. le Professeur A. BRINDEAU que nous devons l'idée de ce travail. Nous lui sommes reconnaissant d'avoir, en nous proposant ce sujet, enrichi notre pratique personnelle d'une opération précieuse.

L'Hystérectomie vaginale comme moyen de traitement de certaines suppurations pelviennes, sort pour nous du domaine de l'étude théorique car nous l'adoptons moyennant des indications très précises.

Nous n'apportons peut-être pas beaucoup d'arguments nouveaux, car tout sur ce sujet semble déjà avoir été dit; mais si en parlant d'elle nous réussissons à attirer l'attention de quelques chirurgiens sur l'« opération de Péan » à notre avis injustement tombée dans l'oubli, notre but sera atteint.

Nous avons tout d'abord été un peu découragé par la dif-

ficulté à trouver des observations. Donc, nous avons dû faire une besogne bibliographique assez importante.

Toutefois, nous estimons que la rareté de nos observations (malgré la recherche que nous en avons faite auprès des chirurgiens qui pratiquent l'Hystérectomie vaginale) prouve la rareté et même l'exception des indications de l'Hystérectomie vaginale comme moyen de traitement des suppurations pelviennes, mais ne prouve pas du tout l'inutilité de l'opération.

Enfin, au cours de ce travail, nous avons parlé d'Hystérectomies partielles. Le Docteur DARTIGUES, un des champions de la chirurgie conservatrice, à qui nous avons soumis nos idées sur ce sujet nous a encouragé à les exposer. Nous l'avons fait sans développement, car ces opérations n'ont pas subi l'épreuve de l'expérience.

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique de l'Hystérectomie Vaginale et de son emploi dans le traitement des suppurations pelviennes

Jusqu'au jour où nous avons vu pratiquer et où nous avons pratiqué nous-même l'Hystérectomie vaginale, nous avons considéré cette opération comme une opération aveugle, vestige d'une époque chirurgicale périmée.

Nous en pensions du mal parce que nous ne la connaissions pas, ce qui est le cas de beaucoup à propos de cela et à propos de bien d'autres choses.

Mais dès que nous en eûmes une petite expérience, notre opinion ne tarda pas à changer.

Au point de vue historique :

— Nous ne remonterons pas à Montegia ni à Sauter, car en pratique on peut considérer que c'est *Récamier* qui en 1829 fit la première Hystérectomie vaginale méthodique.

En 1876, Hennig l'importa en Allemagne.

En 1879, Czerny, Billroth et Schede l'adoptèrent.

Mais en 1882, *Péan* la rapatria.

Péan la désigne sous le nom de *Castration utérine*. Mais lorsqu'en même temps que l'utérus, les annexes sont enlevées, il s'agit d'une *castration totale* ou *tubo-ovarienne*.

Dès 1887, grâce à la méthode du morcellement, Péan étend les indications de l'Hystérectomie vaginale aux *suppurations pelviennes* et en fait vraiment l'« *opération de Péan* ». *Second* se fait l'ardent défenseur de la méthode.

En effet jusqu'à cette époque l'Hystérectomie vaginale n'avait guère été dirigée que contre les fibromes, les métrites, les cancers du corps. On n'avait pas encore osé traiter par cette voie les suppurations pelviennes.

Afin de bien comprendre la situation et l'état de la chirurgie vis-à-vis des suppurations péri-utérines, il convient de savoir que la *notion de refroidissement* est une notion relativement récente.

M. Arrou, qui a vécu toute la période héroïque de la chirurgie et à qui nous exprimons encore notre respectueuse reconnaissance pour les renseignements qu'il a eu l'obligeance de nous donner, nous disait que c'est vers 1900 seulement que l'on commença à parler de « *laisser refroidir* » les malades.

Donc, n'oublions pas (nous aurons du reste l'occasion de le répéter) que le *repos*, la *glace*, les *vaccins* et la *temporisation* ont considérablement modifié les conditions opératoires.

Avant 1889, sans tenir compte pour ainsi dire de la « *vi-*

rule » , on opérât les suppurations pelviennes par voie haute et « la mortalité était effroyable » (M. Arrou).

On comprend l'intérêt qui s'est attaché aux travaux de Péan lorsque cet auteur annonça que grâce à son opération nouvelle la mortalité oscillait autour de 5 % environ. Le retentissement de ces affirmations fut considérable dans le monde chirurgical et la méthode prit rang officiellement à la suite du *Congrès de Berlin* (1890) et de la Communication de Péan à l'*Académie de Médecine*, à la *Séance du 8 juillet 1890*.

Nous avons déjà dit que c'est en 1887 (le 12 décembre) que Péan pratiqua la *première hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne*.

Doyen lui en discuta la priorité car il aurait précédé Péan de neuf jours (3 décembre 1887). En réalité, ces discussions ont peu d'importance, car c'est bien à Péan qui renouvela son opération le 2 juin et le 30 août 1888 qui revient de droit la paternité de la *méthode*.

L'*opération de Péan* suscita des admirateurs enthousiastes et des ennemis acharnés. Nous en retrouvons l'écho dans les publications nombreuses qui parurent autour de 1890 et dans les divers Congrès (notamment *Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1892).

Les chirurgiens se divisèrent en deux camps : *laparotomistes* et *hystérectomistes*. Parmi les *hystérectomistes* (ou partisans de la voie vaginale) se trouvent Péan, Segond,

Doyen, Reclus, Terrillon, Richelot, Quénu, etc... Du côté des *laparotomistes*, nous trouvons Doléris, Pozzi, Bouilly, Delagénère, etc...

Mais il est un fait d'importance qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que c'est vers cette époque que se généralisa la *position déclive* dite de Trendelenburg, vulgarisée en France par Delagénère. Cette position, véritable révolution en Chirurgie gynécologique contribua pour beaucoup (en facilitant l'opération) à *affermir les laparotomistes dans leur résistance*.

La position déclive recommandée en 1885 par Trendelenburg (sous la plume de Willy Meyer) était bien connue des anciens; Ambroise Paré et Guy de Chauliac y recouraient dans les opérations de hernie.

En effet, du fait de la position déclive on peut considérer, dans l'ensemble, l'hystérectomie abdominale comme plus facile que la vaginale. « Tout le monde, disait Péan, peut faire une hystérectomie abdominale, seuls les chirurgiens peuvent faire une vaginale ».

En fait, la vaginale demande certainement plus d'entraînement chirurgical, car il faut parfois improviser et ainsi que nous l'avons entendu dire à M. J.-L. Faure, ou c'est la plus facile *ou la plus difficile* des opérations.

Il faut se plier aux circonstances et dans les suppurations pelviennes le but est moins de pratiquer une hystérectomie complète et réglée que d'assurer le drainage total en faisant « *sauter la bonde* » selon l'expression imagée de Péan,

Pour nous résumer, on peut dire que l'emploi du plan incliné a assuré à la voie abdominale l'avantage de la *facilité*. Mais restait à la vaginale celui de la *sécurité*.

Peu à peu la voie abdominale va l'acquérir.

De 1890 à 1900 l'asepsie devient plus parfaite. Mais en la matière (puisque l'on intervient sur un foyer infecté) cette sorte d' « *asepsie externe* » ne donne qu'une sécurité bien incomplète contre l'infection.

Depuis 1900 jusqu'à nos jours des méthodes diverses *pré ou post-opératoires* sont apparues qui ont contribué à diminuer les dangers venus du foyer.

C'est d'une part en plus de la *temporisation* l'emploi de la *glace*, du *repos* et des *vaccins* qui permet le « refroidissement » c'est-à-dire la diminution de la virulence; d'autre part, l'emploi peut-être plus judicieux de ses moyens de *drainage*, notamment du Mickulicz, vieille méthode justement rajeunie par M. J.-L. Faure.

Donc, très schématiquement, l'Hystérectomie vaginale est passée par quatre périodes :

Première période, avant 1885, c'est-à-dire avant l'emploi du plan incliné : la vaginale a tous les avantages, *facilité* et *sécurité*.

Mais cette période n'intéresse pas la vaginale pour supurations pelviennes puisque Péan ne pratique dans ce but la première vaginale qu'en 1887.

Deuxième période, de 1885 à 1895 :

Après le plan incliné, la voie abdominale a les avantages de la facilité, mais la vaginale celui de la sécurité grâce au travail en quelque sorte sous-péritonéal. Récemment, M. J.-L. Faure disait que dans l'Hystérectomie vaginale, on travaillait presque autant hors du ventre que dans une hernie (Conférence du Jeudi soir de la Clinique Tarnier. — J.-L. Faure, 21 février 1929).

Troisième période, de 1895 à 1900 :

L'asepsie devient plus parfaite, la voie abdominale pour suppuration pelvienne gagne un peu en sécurité, mais d'une façon très partielle.

Quatrième période, de 1900 à la période actuelle :

Plan incliné, asepsie, refroidissement et drainage assurant à la voie abdominale *facilité et sécurité*.

Donc, malgré les avantages et le triomphe incontesté des opérations que permet la voie abdominale, doit-on conserver l'Hystérectomie vaginale comme moyen de traitement des suppurations pelviennes ?

Nous le croyons.

Nous n'avons point la prétention d'apporter beaucoup d'arguments nouveaux en faveur de la vaginale, car ayant pris assez largement connaissance de la littérature concernant cette opération (surtout celle de 1890 à 1895) nous avons

l'impression que presque tout a déjà été avancé sur ce sujet, ainsi que nous le disons plus haut.

Notre but serait atteint si nous réussissions simplement à attirer l'attention sur elle. *D'une façon générale, on n'a plus en main la technique de l'hystérectomie vaginale, tandis que l'on pratique par réflexe la voie abdominale.*

Les chirurgiens de notre génération ne méprisent point (on va pouvoir en juger) l'Hystérectomie vaginale, ils l'ignorent.

Et cependant (ce sera la conclusion de ce travail) nous sommes convaincu que dans les cas bien définis mais rares, l'Hystérectomie vaginale est seule susceptible de sauver des malades qui mourraient si on ne les opérât pas ou si on les opérât par voie abdominale.

Nous avons demandé leur avis à de nombreux Maîtres de Paris, de province et de l'étranger. Presque tous, sauf le Docteur Delagenière (du Mans) se montrent partisans de l'Hystérectomie vaginale dans certains cas bien définis de suppurations pelviennes. « C'est une opération merveilleuse » nous dit M. le Professeur P. Duval. MM. J.-L. Faure, Legueu, Arrou, Rieffel, Dartigues, Jayle, Leuret, Delaunay ne parlent pas autrement.

MM. Guyot et Bégouin (de Bordeaux) en disent le plus grand bien.

M. R. Condamin (de Lyon) nous dit que celui qui remettra en honneur la vaginale rendra un service comparable

à celui rendu par le Professeur J.-L. Faure en remettant le Mickulicz en vogue.

Le Professeur E. Forgue (de Montpellier) répondant à notre enquête nous écrit : « Un jour, un auteur viendra qui repêchera l'épave et qui pour certains cas bien définis, peut-être n'aura pas tort... »

Mais tous ceux à qui nous avons demandé leur avis, le Professeur Brouha (de Liège) en tête, sont d'accord pour ne reconnaître que des indications fort rares à l'Hystérectomie vaginale au cours des suppurations pelviennes.

Quoiqu'il en soit le patronage est sérieux et répétons que si grâce à ce travail nous contribuons un peu à attirer l'attention sur l'Hystérectomie vaginale comme moyen de traitement de certaines suppurations pelviennes bien définies, notre effort n'aura pas été vain.

CHAPITRE II

Etude anatomique du petit bassin chez la femme

Avant d'entreprendre l'étude de l'anatomie pathologique des suppurations pelviennes, il nous semble utile de donner un aperçu anatomique du petit bassin de la femme.

En effet, en Anatomie pathologique malgré l'apparente fantaisie dans la disposition des lésions le plan général est presque toujours dicté par l'Anatomie normale.

La simple étude des rapports normaux permettra de comprendre l'enkystement de l'infection en tel ou tel point. Il n'est pas jusqu'à la prédilection de cette infection même ou à la disposition de certaines adhérences assez constantes dans leur siège, qu'une étude anatomique plus poussée (celle de la topographie lymphatique par exemple) permettrait, croyons-nous de prévoir et de mieux saisir.

I. — PAROIS.

L'excavation pelvienne présente à considérer une charpente osseuse constituée par l'enceinte que forment la partie basse des deux os coxaux et par le sacro-coccyx.

L'excavation est limitée en haut par un plan fortement oblique de haut en bas et d'arrière et en avant, tangent au bord supérieur du pubis en avant et à l'angle sacro-vertébral ou promontoire en arrière.

Ce plan virtuel répond au détroit supérieur et sépare l'excavation pelvienne de la cavité abdominale.

Ainsi charpentée l'excavation pelvienne a ses parois matelassées en dedans par des muscles : *latéralement* les deux obturations internes ; *en arrière* les deux pyramidaux. *En bas* la cavité sera fermée par le diaphragme pelvien principal constituée par des muscles pairs et symétriques : les deux larges Releveurs de l'anus en avant et les petits muscles ischio-coccygiens en arrière.

Les deux Releveurs obliques d'avant en arrière, de haut en bas et de dehors en dedans sont rapprochés l'un de l'autre à leur partie postérieure et écartés à leur partie antérieure déterminant ainsi une boutonnière que fermera une autre formation : le plancher uro-génital moyen.

Les muscles dont nous venons de parler sont recouverts par une aponévrose, l'aponévrose pelvienne supérieure qui par son bord externe suit en avant les insertions du releveur latéralement remonte jusqu'au détroit supérieur et en arrière accompagne le bord supérieur du pyramidal.

Donc, l'ensemble musculaire du diaphragme pelvien principal concave en haut oppose sa concavité à celle du diaphragme respiratoire.

Ainsi, on comprend mieux la comparaison de Vésale qui assimilait à cause de sa forme l'excavation pelvienne à une cuvette, à un *bassin*.

Au-dessus des Releveurs, au-dessous du péritoine, c'est l'espace pelvi-rectal supérieur, pelvi-sous-péritonéal sur lequel nous aurons à revenir.

II. — LES ORGANES.

Dans cette cuvette, deux cloisons sagittales, les aponévroses pubo-sacro-recto-génitales, dépendances de la gaine hypogastrique vont subdiviser l'espace pelvi-rectal supérieur de Richet en trois compartiments : un compartiment médian viscéral et deux compartiments latéraux, les fosses hypogastriques.

Dans le *compartiment médian* on trouve deux formations aponévrotiques à disposition frontale : en avant l'aponévrose ombilico-prévésicale, en arrière l'aponévrose recto-vaginale, homologue de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers.

Le *compartiment antérieur uro-génital* contient d'avant en arrière la vessie et le colpo-utérus ; le *compartiment postérieur rectal* contient l'ampoule rectale.

Donc tout en avant c'est la vessie, dont la face supérieure en pente douce regarde en haut, et en arrière ; au milieu l'utérus avec diverses formations rayonnant de l'organe comme les branches d'une étoile (en avant les ligaments

ronds, latéralement les trompes prolongées par les ligaments infundibulo-pelvien, en arrière les pédicules utérins et les ligaments utéro-sacrés); tout en arrière le rectum prolongé en haut par le côlon ilio-pelvien.

Dans les fosses hypogastriques, il y a du tissu cellulaire abondant. Ce tissu est soulevé par les branches viscérales de l'artère hypogastrique, qui, ainsi que l'a décrit L. H. Faraubeuf, comprend trois palmes : une antérieure vésicale, une moyenne génitale, une postérieure rectale.

III. — PÉRITOINE.

Sur toutes ces formations est jeté le péritoine. Ce dernier descend de la paroi abdominale antérieure et des parois du bassin, contribue à délimiter en haut les fosses hypogastriques et se relève sur les flancs latéraux des organes pelviens. Telle est la disposition schématique que l'on peut décrire chez l'homme. Chez la femme la présence de l'utérus et des annexes (dont le développement est beaucoup plus considérable que celui des vésicules séminales) modifie sensiblement cet aspect. En effet, l'organe « soulève la séreuse qui la revêt dans la plus grande partie de son étendue et qui, en outre, lui forme à droite et à gauche une sorte de méso, les *ligaments larges*. Utérus et ligaments larges se dressent ainsi au centre du bassin sous la forme d'une cloison transversale, qui divise l'excavation en deux cavités secondaires; l'une antérieure ou pré-utérine, c'est le *cavum pré-utérin*; l'autre

postérieure ou rétro-utérine c'est le *cavum rétro-utérin*. Ces deux cavités sont entièrement séparées l'une de l'autre. La vessie dans la première, le rectum dans la seconde font une saillie plus ou moins marquée suivant leur état de vacuité ou de « plénitude ».

L'étude du péritoine pelvien de la femme se ramène donc à l'étude des ligaments larges qui s'étendent de l'utérus comme deux ailes déployées. Aussi étant donné l'importance de ces formations dont certaines dispositions éclairent l'anatomie pathologique des suppurations pelviennes, nous ne craignons pas parfois, de pénétrer un peu dans le détail.

Le *ligament large* se compose de deux portions, une portion juxta utérine mobile et dont la situation se modifie avec celle de l'utérus et une portion ovario-tubaire beaucoup plus fixée et appliquée verticalement contre la paroi pelvienne.

Quand la femme est debout la portion juxta-utérine comme l'utérus repose presque horizontale sur la vessie; quand la femme est couchée en Trendelenburg les deux portions se mettent dans le prolongement l'un de l'autre.

Ainsi par sa face antérieure en position normale le ligament large repose sur les parties latérales de la vessie. Quant à la face postérieure qui regarde en haut et en arrière elle supporte la masse des anses intestinales et le grand épiploon lui-même est bien développé peut venir reposer sur elle.

Le bord interne s'élargit pour laisser passer les vais-

seaux, puis il aborde l'utérus. Le feuillet antérieur passe en avant, le postérieur en arrière.

Le bord externe est mince. A son niveau les deux feuilles divergent et se perdent sur les parois latérales du bassin.

Le bord externe est situé à 2 centimètres en arrière du diamètre transverse du détroit supérieur.

Il limite en avant la *Fossette ovarienne*, d'autre part formée en arrière par la saillie de l'hypogastrique, en haut par celle des vaisseaux iliaques externes (de la veine en particulier) et en bas par celle de l'artère utérine.

Le bord inférieur n'arrive pas au contact du plancher pelvien dont il reste séparé par du tissu cellulaire condensé autour des vaisseaux et de l'uretère représentant une partie de la gaine hypogastrique, c'est la *base du ligament large* sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

Le feuillet antérieur se réfléchit pour se porter en avant sur la vessie et se trouve soulevé par les ligaments ronds; le postérieur se réfléchit en arrière pour se porter sur le rectum. Mais fait important, la réflexion du feuillet postérieur se fait beaucoup plus bas que celle de l'antérieur.

En effet, tandis que chez la nullipare le péritoine ne recouvre la face antérieure de l'utérus que jusqu'à la hauteur de l'isthme seulement, en arrière il recouvre non seulement la face postérieure de l'utérus tout entière, mais encore la face postérieure du vagin sur une hauteur de 15 millimètres

environ c'est-à-dire jusqu'à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen.

Signalons encore combien la réflexion douce et étalée du feuillet postérieur s'oppose à la réflexion brusque du feuillet antérieur.

Pus haut en donnant un aperçu de l'axe viscéral du bassin, nous avons signalé par rapport à l'utérus diverses formations rayonnantes. Nous les retrouvons maintenant soulevant le péritoine réfléchi et délimitant des logettes ou de véritables gouttières : en avant ce sont les deux ligaments ronds, en arrière les deux saillies, en dedans des ligaments utéro-sacrés en dehors du pédicule vasculaire soulevant la gaine hypogastrique et gagnant l'utérus. Mentionnons encore la saillie inconstante des ligaments utéro-lombaires.

En avant quand la vessie est vide, on peut décrire une véritable gouttière plus ou moins nette suivant les sujets, dont les bords répondent aux ligaments ronds et dont le fond est formé par la face supérieure de la vessie regardant en haut et en arrière. Nous le désignerons sous le nom de *gouttière vésico-préutérine*. Le cul-de-sac vésico-utérin en forme la partie la plus postérieure et la plus basse.

De plus, le ligament rond en s'écartant de la trompe détermine la *fossette préovarienne* limitée en dehors par les vaisseaux iliaques externes.

En arrière les deux ligaments utéro-sacrés limitent latéralement le *cul-de-sac de Douglas* qui représentent le point

le plus déclivé de la cavité abdominale et tout le fond descend entre le vagin et le rectum jusqu'à six centimètres de l'anus.

Ce cul-de-sac ne contient pas d'anses intestinales, aussi comprend-on l'inocuité du coup de ciseau qui l'ouvre dans la colpotomie postérieure, premier temps de l'hystérectomie vaginale.

Précédemment nous avons donné les limites de la fossette ovarienne, nous n'y reviendrons pas. Mais en arrière de la fossette ovarienne entre la saillie antérieure de l'hypogastrique continuée par l'utérine et la saillie postérieure du ligament utéro-sacré, c'est la *fossette sous-ovarienne* de Claudius.

Nous n'insisterons pas sur le bord supérieur du ligament large étendu du fond de l'utérus à la paroi pelvienne et qui est formé par la réunion des feuillets antérieur et postérieur au-dessus de la trompe. En réalité, c'est toute la portion flottante du ligament large correspondant au ligament rond, à la trompe, à l'ovaire et formant à ces organes trois méso appelés ailerons.

Nous ne ferons que citer l'aileron antérieur déjà étudié. Quant à l'aileron moyen ou mésosalpinx il est remarquable par sa *mobilité* à laquelle participeront les organes appendus trompe et ovaire.

Le bord externe de ce méso est, en effet, entièrement libre.

Cette mobilité explique les diverses positions dans les fossettes sus-mentionnées que peut occuper l'ovaire. L'anomalie de situation occupée par l'organe est encore exagérée lorsqu'il vient se placer au niveau du Douglas ou au niveau de la gouttière sus-vésico-préutérine.

On comprend donc l'inoculation prédominante de tel ou tel point du péritoine pelvien par l'infection annexielle.

Mentionnons encore que le seul point perforé du péritoine se trouve au niveau de l'orifice externe de la trompe et que le plus souvent cet orifice regarde en arrière vers le cavum rétro-utérin.

L'aileron postérieur est soulevé par le ligament utéro-ovarien, continué par le mésovarium. Ce dernier vertical comme l'ovaire, rattache l'organe qui est intrapéritonéal au ligament large. Ainsi le mésovarium et l'ovaire cloisonnent la loge ovarienne qu'ils divisent en deux loges secondaires : l'une externe ou *loge ovario-pariétale*, l'autre interne ou *loge ovario-tubaire*.

Il nous reste maintenant à étudier la charpente cellulaire du ligament large. Cette charpente doit être envisagée dans deux régions distinctes : dans le *ligament large proprement dit* c'est-à-dire entre les deux feuillets, le tissu cellulaire est très mince dans le mésosalpinx mais déjà assez épais dans le mésometrium ; *au-dessous du ligament large*, le tissu cellulaire chargé de graisse qui accompagne l'artère utérine et qui est une émanation de la gaine hypogastrique occupe un espace

décrit sous le nom de *base du ligament large* limité en avant par la réflexion du feuillet antérieur, en arrière par la réflexion du feuillet postérieur, en bas et en dehors par le plan oblique en bas et en dedans du releveur, en dedans par la portion sus-vaginale du col et par le cul-de-sac latéral du vagin.

Le tissu cellulaire de la base est séparé du tissu cellulaire du ligament large proprement dit par une sorte de feuillet fibreux.

Dans la base du ligament large sont contenus divers organes parmi lesquels nous retiendrons l'uretère croisé en avant par l'artère utérine. A propos de la technique de l'hystérectomie vaginale, nous aurons l'occasion de revenir plus en détail sur ces rapports.

De l'étude anatomique que nous venons de faire, on peut déduire quatre faits :

1° L'infection est susceptible de se propager à deux formations voisines de l'utérus et de ses annexes.

a) *Le tissu cellulaire para-utérin*, c'est-à-dire mésométrium et base du ligament large séparés l'un de l'autre par un feuillet fibreux.

b) *Le péritoine pelvien*.

2° Le péritoine pelvien de la femme anfractueux et irrégulier présente de multiples fossettes ou gouttières rayonnantes.

Nous insisterons sur la *gouttière sus-vésico-préutérine* qu'individualisent assez mal les classiques et dont maintes fois nous avons constaté la réalité tant sur le cadavre que sur le vivant.

3° La mobilité des annexes est telle qu'elles sont susceptibles d'occuper n'importe quelle loge du péritoine pelvien où l'infection pourra plus spécialement se localiser et s'enkyster.

4° L'Hystérectomie vaginale supprimant la cloison utérine-ligament large transformera le petit bassin en une sorte d'entonnoir dont la paroi sera constituée par des gouttières juxtaposées par leurs bords.

Le long de ces gouttières pourra s'écouler le pus vers l'orifice inférieur résultant de la section vaginale. Cet orifice répondra *pratiquement* au point le plus déclive de l'entonnoir pelvien, donc de la cavité abdominale.

Le vagin qui collectera tous les liquides pelviens représente ainsi une sorte de drain idéal.

Donc, après ce que nous venons de dire on peut voir dès à présent que du point de vue anatomique (la technique mise à part) l'Hystérectomie vaginale apparaît comme une opération logique dans les suppurations pelviennes.

CHAPITRE III

Anatomie-Pathologique de certaines suppurations pelviennes. — Les abcès pelviens

Dans le chapitre précédent nous avons voulu montrer que l'*Hystérectomie vaginale* était une opération anatomiquement logique dans les cas de suppurations pelviennes. Maintenant nous allons nous attacher à démontrer qu'elle est également justifiée du point de vue anatomo-pathologique.

Au cours de l'étude que nous allons faire des abcès pelviens, nous ne nous occuperons que des suppurations d'origine génitale, éliminant même parmi ces dernières les suppurations tuberculeuses (dont nous parlerons du reste au chapitre des indications), les métrites suppurées, les salpingo-ovarites sans suppurations périutéro-annexielles, les kystes et autres tumeurs suppurées de l'ovaire.

I. — HISTORIQUE.

La connaissance un peu précise des suppurations pelviennes est d'acquisition assez récente. Cependant, Mauriceau, en 1868, dans la première édition de son « *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* » en

donne quelques notions quant à la pathogénie de ces suppurations elle était des plus fantaisistes. Mauriceau attribuait toutes les tumeurs post-puerpérales à la rétention des lochies. Puzos, dont la conception demeure encore dans les préjugés populaires, croyait (1760) à une métastase laiteuse. Cette opinion qui reprenait la vieille idée de la fièvre laiteuse de Mercurialis (1662) a été soutenue jusqu'au commencement du siècle dernier par Ritgoen, Busch, Levret, et même par Broussais.

Il faut arriver à Portal qui, en 1804, donne une description des plus précises des salpingites (Anat. Médic., t. V, page 540) pour que soient établis les liens qui rattachent la lésion utéro-annexielle à la suppuration pelvienne.

La suppuration pelvienne établie, on discuta sur son siège. Nonat, Valleix et leurs élèves E. Marti et Gallard font du tissu cellulaire péri-utérin le siège exclusif de toutes les suppurations (Nonat, *Gaz. des Hôp.*, 1850, pages 97-110-129; Valleix, *Union Médicale*, 1853, 5^e série, t. IX). Ce sont les « Phlegmons péri-utérins ».

Or, en 1857, Bernutz et Goupil portent deux fois le diagnostic de Phlegmon péri-utérin. Les malades meurent. A l'autopsie, ils trouvent toutes les lésions localisées au péritoine et créent le mot de *pelvi-péritonite*. Pour eux la pelvi-péritonite domine par sa fréquence les suppurations pelviennes, mais contrairement à ce que l'on en a dit ils ne nient pas l'existence de l'inflammation du tissu cellulaire. Nous

négligerons les travaux postérieurs pour arriver à l'époque moderne.

P. Delbet fait la mise au point définitive. En 1891, dans son remarquable travail « Des suppurations pelviennes chez les femmes », il donne ainsi que nous le verrons plus loin une étude magistrale du Phlegmon du ligament large et complète en les précisant les conceptions de Bernutz et Goupil.

Dans le travail qui nous occupe nous entendrons sous le nom de suppurations pelviennes :

- La pelvi-péritonite ;
- L'hématocèle suppurée ;
- Le Phlegmon du ligament large.

II. — QUELQUES POINTS SUR LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU GRAND ÉPIPLOON ET SUR LES ADHÉRENCES

Pour bien comprendre la limitation de la suppuration au pelvis, il ne semble pas inutile de dire quelques mots sur la physiologie pathologique du grand épiploon (remarquablement étudiée dans la thèse de Fabre (*Thèse de Paris*, 1908-1909) et sur les adhérences.

A cause de sa richesse en éléments lymphatiques, le grand épiploon constitue selon l'expression de Ranvier un *énorme ganglion étalé*.

« Par sa configuration et ses connexions anatomiques, il

se présente comme un voile ou mieux comme un vaste filet libre par la plus grande partie de sa circonférence et qui, bien que complètement dépourvu d'éléments contractiles jouit néanmoins d'une grande mobilité.

Grâce à cette double propriété (mobilité et richesse lymphatique) l'épiploon a un rôle protecteur depuis longtemps connu... ».

Le grand épiploon doit à ses propriétés plastiques de constituer une sorte *d'étoffe de réserve* qui isole les inflammations en kyste les suppuration et qui protège les ulcérations qu'il tend à réparer.

Pathologiquement tapissant les anses intestinales et adhérent aux parois du pelvis et aux viscères, il protège le reste de la cavité abdominale.

« Dans la pelvi-péritonite à forme purulente, il est courant de voir des fausses membranes tapissant les anses de l'intestin suppléées dans leur action protectrice par l'épiploon, lorsque la lésion tend à s'étendre vers le haut de la cavité abdominale.

« C'est alors, dit Dupré, le grand épiploon qui adhérent avec les anses intestinales et l'ombilic, contribue à limiter l'épanchement ». Dans les formes fibro-adhésives, on le voit infiltré, souvent énorme adhérer à la paroi abdominale, au sommet de l'utérus, à la vessie et au cul-de-sac vésico-utérin (Dupré).

Enfin, on connaît sa tendance à limiter, les lésions in-

flammatoires des organes génitaux (salpingo-ovarites, métrites, etc...). Il forme par ses adhérences avec les anses intestinales et l'S iliaque du côlon, le « Diaphragme pathologique » de Bernutz qui ferme en haut le kyste sanguin dans les hématoécèles rétro-utérines » (Fabre).

Les adhérences, ainsi que l'a montré Poirier (*Progrès Médical*, 18 janvier 1893) ne contiennent guère de vaisseaux sanguins, mais en revanche elles présentent un réseau lymphatique « qui n'est que le prolongement des réseaux du péritoine utérin ».

Pour saisir la formation des adhérences, il faut savoir que le péritoine qui normalement est humecté d'une très légère couche de liquide possède en cas d'inflammation un pouvoir exsudatif marqué.

Les adhérences résulteront donc d'un assemblage de fibrine enserrant dans ses mailles les éléments pathogènes.

Wagner a montré la rapidité de constitution de ces adhérences. Ainsi une heure après injection d'une culture dans le péritoine du lapin, il trouvait les adhérences non seulement formées, mais solides.

Lorsque le péritoine pelvien a déjà été le siège de poussées inflammatoires antérieures, la tendance aux adhérences devient beaucoup plus marquée et « les processus de cloisonnement sont nettement favorisés » quand survient une poussée nouvelle.

Enfin il convient de savoir que le péritoine a un double

pouvoir de résorption et de digestion qui lui permet de résorber après liquéfaction les fausses membranes ainsi que les exsudats purulents. Il est juste cependant de dire que c'est au niveau de la portion pelvienne que ce pouvoir en rapport avec la richesse lymphatique est minimum (Fowier et Bode).

III. — LES SUPPURATIONS PELVIENNES PROPREMENT DITES

a) *Les abcès pelvi-péritonéaux.*

Quelle que soit la voie suivie par l'infection (muqueuse lymphatique, sanguine), les pelvi-péritonites se présentent sous des aspects communs.

Nous ne nous occuperons ici que des *pelvi-péritonites suppurées*. En effet, ni la *pelvi-péritonite plastique* (périmé-tro-salpingite de Pozzi), ni la *pelvi-péritonite séreuse* ne constituent d'indications à l'*Hystérectomie vaginale*.

On peut encore désigner la pelvi-péritonite suppurée sous le nom d'*abcès pelvi-péritonéaux*.

Les *parois* limitantes de ces abcès sont formées par les organes, les parois du bassin revêtues de son péritoine, par l'épiploon épaissi, les anses intestinales agglutinées et par des adhérences.

Avec P. Delbet nous distinguerons les cas où la pelvi-péritonite touche un bassin qui ne présentait que peu ou

pas de lésions antérieures, et les cas où il existe déjà des adhérences anciennes.

Lorsque l'infection touche un bassin jusque là indemne, l'abcès est pratiquement toujours rétro-utérin et l'abcès se collecte au niveau du Douglas.

La situation basse du Douglas par rapport au reste de la cavité abdominale et surtout la situation des trompes dont le pavillon s'ouvre en arrière du ligament large nous semblent suffisantes pour expliquer cette détermination de l'abcès.

Les adhérences vont se produire rapidement. Elles forment en haut la collection, s'étendant de la face postérieure de l'utérus au sacrum et au rectum.

« Très souvent les adhérences partent du sommet de l'utérus et des ligaments larges. On trouve les anses intestinales réunies par des fausses membranes qui se portent de ces organes vers la région du sacrum. Fréquemment l'S iliaque est incluse dans ce paquet, elle adhère même quelquefois au fond de l'utérus. Toute la région rétro-utérine et rétro-ligamenteuse est isolée du reste du péritoine, et constitue une loge fermée dans laquelle se trouve l'ovaire et l'infundibulum de la trompe. C'est là ce qu'on a appelé pyocèle rétro-utérin ou encore abcès rétro-utérin. Ces cas sont fréquents. Mais il est exceptionnel que la collection s'élève au-dessus du fond de l'utérus. Cela arrive cependant. On trouve parfois un pont d'adhérences allant de la symphyse à la paroi postérieure du

bassin, sorte de diaphragme, qui isole la partie inférieure de la cavité péritonéale.

Quelquefois même la tumeur s'élève bien plus haut, elle peut atteindre et même dépasser l'ombilic. Elle présente alors la forme d'un ovoïde : son grand axe est vertical, et elle ne s'étend pas toujours très loin sur les côtés ; les fosses iliaques sont à peine envahies. La paroi supérieure de la poche est formée par des adhérences irrégulières, dans lesquelles on trouve des débris du grand épiploon, et qui unissent les anses intestinales entre elles ».

Dans sa thèse « Des Tumeurs inflammatoires pelvi-péritonitiques » (*Thèse*, Paris, 1907). A. Sénéchal insiste sur l'adhérence du grand épiploon au cul-de-sac vésico-utérin et au pôle supérieur de la vessie « et cette adhérence est si ferme que les parois vésicales sont quelquefois déchirées lorsqu'on veut détacher l'épiploon. Il semble que souvent les parois vésicales et le tissu péri-vésical soient gagnés par l'inflammation. La vessie peut adhérer aussi à la face antérieure de l'utérus ».

Par ce qui précède, on peut concevoir qu'une collection simplement limitée au Douglas pourra être évacuée par *colpotomie postérieure*. Mais quand la collection de Douglas co-existe avec des collections sus-jacentes, c'est-à-dire, quand il existe des abcès étagés, la colpotomie sera inefficace et par la seule *hystérectomie vaginale* on pourra les atteindre et les évacuer. Grâce aux adhérences et au tablier épiploïque iso-

lant, on travaillera en quelque sorte en dehors de la cavité abdominale.

Mais bien plus que ces abcès résultant d'une première flambée péritonéale, ce sont *les abcès qui siègent au niveau d'un péritoine déjà altéré* qui seront justiciables de l'*Hystérectomie vaginale*.

Les adhérences anciennes auront déjà cloisonné le bassin. Certaines régions seront oblitérées. Ainsi, le Douglas pourra être accolé et le coup de ciseau qui pratique la colpotomie postérieure, premier temps de l'*hystérectomie vaginale*, pourra ne pas rencontrer la cavité. Cette disposition est à connaître, car dans ce cas on pourra toujours repérer les deux lèvres et au doigt détruire de bas en haut les adhérences. En effet, il faut savoir que *les adhérences, filamenteuses et faibles en bas sont de plus en plus solides et résistantes à mesure qu'on s'élève*. Aussi selon le principe bien connu dans l'*Hystérectomie abdominale*, *il convient de pratiquer la libération de bas en haut*.

Au cours de l'étude anatomique qui précède, nous avons vu que les parois du petit bassin étaient formées par des gouttières ou des logettes juxtaposées.

— En avant : gouttière sus-vésico-préutérine ;

— Latéralement : fossette préovarienné, fossette ovarienne et fossette rétro-ovarienne ;

— En arrière : Douglas.

Toutes ces formations représentent des loges que com-

plètent pathologiquement des adhérences. Une quelconque de ces logettes ou plusieurs à la fois peuvent devenir le siège d'un abcès. En dehors du Douglas, il ne semble guère y avoir de siège d'élection.

« Cela dépend évidemment du point vers lequel s'étaient déplacés trompe et ovaire au moment où la réaction péritonéale les a surpris » (R. Condamin).

Nous rappelons encore *qu'une des parois de l'abcès est pratiquement toujours formée par l'intestin ou le rectum*, d'où l'indication de *pratiquer au doigt ou avec douceur au moyen d'un instrument mousse (bout' rond des ciseaux fermés) la libération des adhérences et l'ouverture de l'abcès*. Evidemment on proscriera les *tractions trop fortes* qui exposeraient à la déchirure d'une anse.

Quant aux annexes qui sont très friables déchirant sous la pince qui les saisit (« les adhérences résistent plus que les parois tubaires »), (R. Condamin), elles peuvent occuper par rapport au kyste pelvien une situation intéressante bien mise en évidence par Earoyenne. C'est surtout dans les abcès du Douglas (ou dans les kystes séreux) qu'après évacuation on trouve une *seconde poche purulente à l'intérieur de la première*. On perçoit cette deuxième poche « avec un ou deux doigts à l'intérieur de la première poche et en s'aidant de la palpation abdominale » (Laroyenne). Cette seconde poche fait saillie dans la première. « Elle est formée aux dépens de l'ovaire ou de la trompe, mais surtout de la trompe.

Cette dernière poche ponctionnée et incisée donne issue à un liquide purulent. Le large débridement de la collection péritonéale, c'est-à-dire de la première poche, est naturellement insuffisant pour obtenir une guérison durable, il faut absolument lui adjoindre celui de la collection tubaire » (Laroyenne).

Parfois les annexes sont comme suspendues fixées au plafond du kyste péritonéal. Elles peuvent être en situation si haute qu'après les avoir découvertes par l'exploration manuelle ou instrumentale, on ne peut, ainsi que le dit R. Condamin, rapportant un tel cas, les attirer dans le vagin. Mais « le lendemain et le surlendemain sous l'influence de la régression des parois de la poche, ces organes étaient venus se mettre presque en contact avec l'ouverture vaginale et purent être extirpés facilement ».

Avec E. Forge, on peut distinguer dans les suppurations pelvi-péritonéales :

Les *grands abcès* sans parois propres, vaste cavité purulente creusée en pleine masse inflammatoire qui n'est pas énucléable », et les *petits abcès* qui ne dépassent pas le volume d'une orange.

Tous ces abcès qui peuvent être cloisonnés et diverticulaires ont des *parois* dont l'épaisseur et la rigidité sont en rapport avec l'ancienneté.

Cette rigidité des parois est intéressante à noter, elle permet de comprendre que dans certains cas une colpotomie postérieure ne puisse suffire à effacer la cavité suppurante,

alors que l'*hystérectomie vaginale* réalisera pratiquement toujours l'affaissement.

Dans ce cas, l'impuissance de la colpotomie, méthode nettement insuffisante, est un peu comparable à celle de la *Phrénicectomie* qui en présence de cavernes pulmonaires anciennes, même localisées à la base ne peut à cause de la rigidité des parois et du processus de sclérose pulmonaire effacer la cavité suppurante.

Le pus contenu dans ces abcès est de virulence très variable. Certains abcès refroidissent rapidement, d'autres au contraire sont plus lents.

En 1891, Kelly était déjà d'avis de ne pas drainer (intervention par voie abdominale) le pus à *gonocoque* et de toujours drainer le pus à *streptocoque*. Vis-à-vis du pus à *staphylocoques* et à *bactérium-coli* il n'avait d'attitude fixe.

L'étude de la virulence du pus des suppurations pelviennes a été reprise par Kustner, Schauta et Wertheim. Ces auteurs concluent que quand le pus contient des leucocytes nombreux et se colorant bien, il y a lieu de drainer largement par un Mickulicz. Au contraire, si l'examen montre un pus se colorant mal, il s'agit d'un pus ancien et il n'y a pas lieu de drainer. Ce sont là des vues un peu schématiques. « D'ailleurs, tous les auteurs ne s'accordent pas toujours sur la virulence de certains germes; il existe là des conditions de terrains, de résistance générale, de modalité d'infection qui nous

échappent complètement » (Cadenat et Patel, XXXVI, Congrès Français de Chirurgie).

b) *Les Hématocèles suppurées.*

Nous ne nous attarderons pas sur les hématocèles suppurées qui réalisent de véritables abcès pelvi-péritonéaux (nous négligeons volontairement l'hématocèle extra-péritonéale ou hématome pelvien de Delbet).

Dans la règle, l'hématocèle est rétro-utérine et siège dans le Douglas. En haut, elle est limitée par le classique diaphragme pathologique de Bernutz à la constitution duquel prennent part les anses intestinales, le grand épiploon et les adhérences.

C'est à titre beaucoup plus rare que l'on rencontre des hématocèles préutérines, latéro-utérines (Lejars) et même supra-utérine (Chaput).

C'est très exceptionnellement que l'hématocèle peut être assez abondante pour noyer tout le petit bassin réalisant une hématocèle totale.

Un fait nous semble distinguer assez nettement les abcès résultant de l'infection d'une hématocèle pelvienne des abcès de pelvi-péritonite, c'est la *simplicité de leur constitution*. En effet, la poche qui est fibreuse, adhérente aux viscères, impossible à décortiquer, friable, ne présente pas de cloisonnement en son intérieur. Il en résultera donc des *abcès simples uniloculaires, faciles à drainer et dont on n'aura pas à craindre la rétention après ouverture*.

c) *Phlegmon du ligament large.*

Il est classique actuellement de décrire sous le nom de phlegmon du ligament le phlegmon du ligament large proprement dit développé entre les deux feuillets séreux et le phlegmon de la gaine hypogastrique ou phlegmon de la base du ligament large.

Au cours de l'étude anatomique que nous en avons faite on a pu voir que le tissu cellulaire des deux régions ne communiquait pas, mais était séparé par une lame fibreuse.

Nous ne nous occuperons ici que du phlegmon de la base du ligament large ou *phlegmon de la gaine hypogastrique*.

Le phlegmon du ligament large proprement dit, appelle en effet, sans discussion, quand il est bien développé, *l'incision iliaque* et sort ainsi du cadre de notre sujet.

C'est dans le *paramentrium*, dans la base du ligament large, au contact même du col utérin, autour du croisement de l'uretère par l'artère utérine qu'évolue l'abcès. Nous insistons sur ce fait que *c'est la face externe même du col qui forme la paroi interne limitant la collection.*

D'après P. Delbet, ces abcès bas peuvent présenter suivant les vaisseaux, trois prolongements intra-pelviens :

Un prolongement rectal ;

Un prolongement vésical ;

Un prolongement vaginal.

En dehors du bassin, on peut décrire suivant les modalités de l'évolution :

Un prolongement abdominal antérieur ;

Un prolongement crural antérieur ;

Un prolongement crural interne (par le trou obturateur) ;

Un prolongement fessier vers la fosse ischio-rectale.

Tel est au point de vue anatomo-pathologique le *phlegmon de la gaine hypogastrique* magistralement étudié par P. Delbet (1891).

Toutes les suppurations du tissu cellulaire du petit bassin peut-on dire, se ramènent presque à l'étude du phlegmon du ligament large, dans ses deux variétés.

Contrairement à l'opinion de Nonat et de Valleix, ces suppurations ne constituent pas toutes des suppurations pelviennes.

Il faut rendre justice, répétons-le à Bernutz ainsi qu'à Goupil qui distinguèrent la suppuration péritonéale du pelvis de la suppuration cellulaire. Comme ces auteurs, Virchow décrivit des « paramétrites » (ou suppuration du tissu cellulaire), et des « périmétriques » (ou pelvi-péritonites).

Avant de terminer ces considérations sur le phlegmon du ligament large nous insistons sur la rareté relative de cette affection et surtout sur son origine puerpérale (post partum ou post abortum), pratiquement constante.

Cette notion permettra de comprendre la mollesse et la

friabilité de l'utérus dont il faudra tenir compte si l'on est amené à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

En résumé : l'anatomie pathologique des suppurations pelviennes entrevues par Bernutz, Goupil et Virchow ne fut entièrement précisée que par P. Delbet (1891).

Les *pelvi-péritonites* réalisent des abcès irréguliers, anfractueux, *multiloculaires* situés et isolés dans des loges péritonéales anatomiquement préformées et complétées pathologiquement par des adhérences. *A l'intérieur de ces loges les annexes peuvent être le siège d'un deuxième abcès.* Une simple incision ne saurait donc avoir la prétention de toujours les évacuer tout entier.

De plus, la rigidité des parois de l'abcès s'oppose à l'effacement de la cavité suppurante même après incision et contribue ainsi à entretenir la suppuration

La virulence de ces abcès non seulement en rapport avec les germes mais encore avec des conditions de terrain et de résistance est parfois des plus difficiles à apprécier.

Les abcès résultant de la suppuration *d'une hématocele* s'opposent à ces pelvi-péritonites.

Il s'agit d'abcès simples, *uniloculaires*, siégeant dans l'immense majorité des cas au niveau du Douglas. Une simple incision les évacuera et les drainera facilement.

Au sujet du phlegmon de la base du ligament large (phlegmon de la gaine hypogastrique, paramétrite), nous retiendrons trois choses :

1° Qu'il reconnaît presque toujours une origine puerpérale, ce qui explique la friabilité utérine ;

2° Qu'il se développe autour de l'uretère et de l'utérine, qu'une colpotomie latérale peut blesser ;

3° Que sa paroi interne est contituée par la face externe du col de l'utérus qui limite en dedans la collection. Une *hystérectomie partielle typique* par résection du col pourra donc logiquement l'évacuer.

CHAPITRE IV

Technique de l'Hystérectomie vaginale

Quelques Hystérectomies partielles et considérations diverses

Par l'hystérectomie vaginale, on réalise une hystérectomie totale, une véritable colpo-hystérectomie.

Lorsqu'on pratiquera cette opération, on aura à se préoccuper particulièrement de trois organes : la *vessie*, l'*uretère* et l'*artère utérine*.

Un aperçu anatomique de ces organes vus par la cavité vaginale nous semble utile avant de décrire la technique opératoire.

I. — APERÇU D'ANATOMIE CHIRURGICALE.

a) *Cloison vésico-utéro-vaginale.*

On sait que la moitié supérieure de la paroi antérieure du vagin répond au bas-fond vésical et que grâce au *triangle de Pawlick* qui correspond presque ligne pour ligne au *triangle de Lieutaud*, on peut topographier sur la paroi antérieure du vagin les orifices urétéraux.

La cloison vésico-vaginale qui sépare le vagin de la vessie est formée par du tissu cellulaire assez serré, serré surtout dans la partie inférieure et sur la ligne médiane, mais plus lâche dans la partie supérieure.

Ainsi, on comprend que le décollement sera d'autant plus facile que l'on monte et que l'on s'écarte davantage de la ligne médiane.

C'est dans l'épaisseur de cette cloison vésico-vaginale que cheminent les *uretères* dans leur partie terminale.

Obliques en bas, en dedans et un peu en avant, les uretères glissent pendant vingt à vingt-cinq mm. sur le cul-de-sac antérieur du vagin et après un trajet intramural de quinze mm. environ s'ouvrent par les méats dans la vessie à deux cm. de la ligne médiane et à deux cm. au-dessous de l'orifice externe du col à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieur du vagin.

La *portion sus-vaginale* de la face antérieure de l'utérus présente à considérer au point de vue de rapports deux portions chez la multipare :

A) UNE INFÉRIEURE INFRA-PÉRITONÉALE répondant à la face postéro-inférieure de la vessie et qui est séparée de cet organe par du tissu cellulaire lâche, facile à décoller, qui continue la cloison vésico-vaginale. Mais, contrairement à ce que l'on observe au veau de cette dernière cloison, le tissu cellulaire est plus serré et plus adhérent latéralement qu'à la partie médiane.

Le péritoine venu de la face supérieure de la vessie se réfléchit au niveau de la partie supérieure de la face antérieure du col pour recouvrir la face antérieure du corps.

Il en résulte un *cul-de-sac vésico-utérin* qu'il faudra ouvrir au cours de l'*hystérectomie vaginale*.

Ce cul-de-sac qui peut descendre plus bas et arriver même au contact du vagin est *toujours virtuel*. Il n'y a donc pas à redouter la présence d'anses *intestinales lorsqu'on l'incise*.

Il convient encore de savoir que ce péritoine qui descend sur les parties supérieures du col (de même que celui qui lui fait suite pendant deux cm. au-dessus de l'isthme) se *décolle facilement*. Cette zone péritonéale décollable s'oppose à la zone adhérente du fond et de la partie supérieure du corps.

Chez la *nullipare* le *cul-de-sac vésico-utérin* ne descend pas au-dessous de l'isthme.

Ainsi, les rapports directs avec la vessie se font sur une plus grande hauteur.

B) UNE PARTIE SUPÉRIEURE PÉRITONÉALE.

b) *Artère utérine et uretère.*

Les rapports entre l'artère utérine et l'uretère tels qu'ils se présentent dans l'hystérectomie vaginale ont été remarquablement bien étudiés par MM. J.-L. Faure et A. Siredey dans leur *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*.

« Lorsqu'on abaisse l'utérus, disent-ils, comme il arrive

par exemple dans l'hystérectomie vaginale, la vessie après son décollement d'avec l'utérus reste maintenue par une valve derrière le pubis. Son bas-fond se déplace à peine et le pont d'abouchement des uretères reste par conséquent à peu près fixe. L'utérus s'abaissant, les deux uretères sont donc obligés de remonter le long des bords de l'utérus, mais ils n'entrent pas en contact avec eux. Ils sont, en effet, forcés de s'écarter de ces bords à cause des vaisseaux utérins qui, si on prend soin de ne pas les sectionner dès le début de l'opération, descendent vers le cul-de-sac en rejetant de chaque côté les uretères qui les embrassent dans leur concavité supérieure, glissant de bas en haut et de dedans en dehors, sur la cavité inférieure des vaisseaux utérins. Plus l'utérus s'abaisse, plus la corde formée de chaque côté par les vaisseaux utérins se tend et étend les uretères, si bien que, lorsqu'on vient à faire basculer l'utérus en avant, comme dans les procédés les plus communément employés, le fond de l'utérus, glissant sous le bas-fond vésical, finit par passer entre les deux uretères qui s'écartent de plus en plus.

.....

Lorsqu'on fait basculer l'utérus en arrière, le fond de l'utérus, entraîné vers le rectum, passe entre les uretères qui sont, en ce point, très éloignés l'un de l'autre. Ce n'est qu'à la fin de l'opération, après avoir sectionné la partie supérieure des ligaments larges qui se présente la première, on

approche du col, que le voisinage des uretères devient dangereux. Il est cependant facile d'éviter leur blessure, comme dans le cas où l'on fait basculer l'utérus en avant. En effet, les pédicules latéraux du col, constitués par les vaisseaux utérins, qu'il faut couper, se trouvent déjà en entier en dedans des uretères. Ceux-ci se trouvent donc tout naturellement rejetés et le col passe entre les deux, au point où ils se rapprochent de la ligne médiane en convergeant l'un vers l'autre. D'ailleurs, comme l'abaissement du col a précédé la bascule de l'utérus, de même qu'il précède sa bascule en avant, le col, dès le début de l'opération, se trouve déjà au-dessous des uretères, entre lesquels il est descendu, tandis que la valve vésicale les maintient en sûreté dans leur situation. »

II. — MANUEL OPÉRATOIRE.

Après ces considérations anatomiques, qui nous ont semblé indispensables, nous envisagerons le manuel opératoire qui comprendra la préparation de la malade, l'instrumentation, la technique opératoire proprement dite.

a) *Préparation de la malade.*

L'Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes constituant presque une intervention d'urgence (car elle est souvent décidée dans les quarante-huit heures), il ne saurait être question d'une longue préparation préalable. De plus, la désinfection vaginale est souvent rendue un peu illusoire par

la plaie suppurante de colpotomie postérieure qui a été si souvent pratiquée lorsqu'on intervient.

Quoiqu'il en soit, si on le peut, il sera bon de donner la veille une purgation d'huile de ricin. La vulve aura été savonnée, rasée, puis lavée à l'alcool.

Quant au vagin, nous conseillons de le savonner avec soin, longuement. On le remplira d'alcool, et après l'avoir asséché on pratiquera un tamponnement à la gaze iodoformée. Un large pansement sera appliqué sur la vulve et l'hypogastre.

Au moment de l'opération, les jambes de la malade seront enveloppées dans des bottes de flanelle. La malade sera endormie dans son lit (éther ou chloroforme) et emportée ensuite dans la salle d'opération.

La malade, placée en position gynécologique, sera très largement badigeonnée à la teinture d'iode (périné, hypogastre, face interne des cuisses, région fessière et anus). On sondera la malade et on pourra laisser dans la vessie la sonde qui servira de repère.

La compresse iodoformée sera retirée du vagin et ce dernier sera successivement rempli d'éther et d'alcool, et aussitôt asséché.

On placera les champs en ayant soin d'encadrer la vulve et de masquer l'anus.

« L'Hystérectomie vaginale étant une des opérations demandant le plus d'éclairage » (A. Moulonguet), il convient de

recevo indirectement la lumière (lumière du jour, phare ou scialitique).

Deux aides seront nécessaires qui se placeront de chaque côté de l'opérateur qui, lui, sera assis en face sur un petit escabeau.

L'opérateur opérera *sans gants, à mains nues, après s'être largement savonné, brossé, alcoolisé et même iodé mains et avant-bras.*

Nous insistons sur ces détails, car nous avons éprouvé par nous-même combien l'hystérectomie vaginale s'exécute avec plus d'aisance à mains nues qu'avec des gants.

b) *Instrumentation.*

L'instrumentation n'aura rien de très spécial, toutefois il est certains instruments relativement peu courants qu'il sera bon d'avoir à sa disposition. Ce seront :

Six pinces plates à kystes, deux bistouris mouchetés (droit et gauche) à long manche, deux pinces de Museux coudées, six pinces clamps à mors droits, dites pinces à mors de crocodile.

Les autres instruments consisteront en :

Six pinces de Kocher longues, deux paires de forts ciseaux courbes et droits (on n'emploiera pas les ciseaux de Dubois), six pinces de Museux droites, quatre pinces de J.-L. Faure, une aiguille de Reverdin, deux aiguilles de Deschamps (droite et gauche), deux valves vaginales assez larges, mais

dont l'une sera courte. (Les valves vésicales sont très pratiques).

e) *Technique opératoire proprement dite.*

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVEC RÉSECTION PRÉALABLE DU COL. — Nous n'avons pas l'intention de décrire ici toutes les techniques d'hystérectomie vaginale. Les plus couramment employées sont les *techniques de Doyen* (par hémisection médiane antérieure) ou de *Müller-Quénu* (par hémisection totale).

Ces procédés sont absolument classiques, on les trouvera décrits dans tous les ouvrages de technique chirurgicale, aussi ne voyons-nous aucune utilité à les reprendre.

Mais nous exposerons ici avec quelques détails une technique d'hystérectomie vaginale que nous avons eu l'occasion d'appliquer nous-même et dont nous avons pu apprécier tous les avantages.

Nous tenons cette technique du Docteur Leuret, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Joseph qui nous a accueilli dans son service d'une façon si amicalement courtoise. Je tiens ici à le remercier tout spécialement de son bienveillant accueil, ainsi que je remercie mon collègue et ami le Docteur Tellier, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Joseph.

La technique en question procède de la technique de *Müller-Quénu* par ce fait que l'on pratique une hémisection totale du col; de celle de *Doyen* par ce fait que l'on ne prati-

que qu'une hémisection antérieure du corps, mais elle comporte un *temps spécial* : la résection préalable du col. A quelques détails près on reconnaîtra les *techniques de Péan* et de *Segond*.

Nous décrirons donc cette opération sous le nom d'hystérectomie vaginale avec résection préalable du col.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVEC RÉSECTION PRÉALABLE DU COL. — *Premier Temps* : Résection préalable du col. La malade étant en position dorso-sacrée, les cuisses fléchies et écartées, l'opérateur assis en face avec un aide de chaque côté va procéder à l'intervention.

Les deux valves sont introduites, la plus courte en haut soulève la vessie, la plus longue en bas déprime la paroi postérieure du vagin et écarte le rectum.

Au moyen d'une pince de Museux courbe (la concavité tournée vers le haut) on saisit la lèvre postérieure du col et on retire la valve vésicale. Ainsi, on étale le cul-de-sac vaginal postérieur répondant au Douglas.

D'un coup de forts ciseaux courbes, on ouvre le Douglas.

Mais, ainsi que nous le verrons, dans le chapitre des indications de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, ce temps aura été le plus souvent pratiqué antérieurement, car presque toujours la colpotomie postérieure aura précédé de quelques jours l'intervention. Quoiqu'il en soit,

en ce moment nous ne considérons que la technique pure dépouillée, ces circonstances qui peuvent la compliquer et la modifier.

Le Douglas ouvert, nous conseillons d'introduire aussitôt les deux valves vaginales dans l'incision et on écarte fortement. *Dans un cas schématique (telle l'hystérectomie vaginale pour fibrome)*, on voit par l'orifice ainsi distendu luire les anses intestinales et l'épiploon.

On retire les valves et on replace simplement la valve postérieure sur la paroi postérieure du vagin.

L'index et le médius gauches introduits dans l'orifice de colpotomie pourront sentir *deux cordons latéraux, ce sont les ligaments utéro-sacrés. De deux coups de ciseaux, droit et gauche, on les sectionne. Immédiatement l'utérus prend une mobilité remarquable.*

A ce moment seulement, au moyen des ciseaux courbes on incise circulairement le vagin en le maintenant à 15 mm. environ au-dessus de l'orifice externe du col et en partant de chacune des extrémités de l'incision postérieure.

Ceci fait, on enlève la pince de Museux courbe de la lèvre postérieure pour la placer sur la lèvre antérieure, concavité en bas en même temps que l'on supprime la valve postérieure.

A partir de ce moment, on peut commencer à séparer l'utérus de la vessie. C'est un temps délicat, mais dont il ne faut pas s'exagérer la difficulté.

Si on s'astreint de rester au contact de l'utérus en mordant au besoin dans le parenchyme utérin, on pare au danger de blesser la vessie.

D'abord le clivage est assez difficile, puis devient plus facile, car on arrive dans un espace cellulaire lâche.

On ne tarde pas à apercevoir le cul-de-sac péritonéal. Si on est resté bien au contact de l'utérus, on ne risque pas de le confondre avec la vessie.

On place sur lui et en haut une pince de Koch qui le tend et d'un coup de ciseaux on l'ouvre contre l'utérus.

Parfois, le cul-de-sac aura pu être ouvert sans qu'on s'en aperçoive, parfois on ne l'aura pas rencontré. Inutile de s'en préoccuper, tout à l'heure il sera ouvert fatalement au cours de la section utérine.

Latéralement *on décolle un peu, seulement*, de l'incision antérieure à l'incision postérieure avec prudence et on découvre de chaque côté un *petit cordon latéral que l'on devine et sont autant qu'on le voit*. Ces cordons contiennent les artères utérines.

Pour mieux voir les artères utérines nous conseillons de basculer fortement à droite le col (en l'attirant par deux pinces de Museux) pour voir l'artère utérine gauche, et à gauche pour voir l'artère utérine droite.

Ceci fait, on place deux pinces de Museux latérales sur le col et au moyen d'une paire de forts ciseaux droits, on fait une section totale du col sur la ligne médiane.

Il reste à réséquer chacune de ces moitiés. Pour cela mieux vaut ne pas faire une section plane, mais on pratiquera une section oblique telle qu'elle passera au-dessous de l'artère utérine et que la partie basse du corps sur un ou deux cm. apparaîtra évidé en cône.

Cette résection préalable du col nous semble présenter un énorme avantage : *c'est de permettre dans le temps suivant la bascule facile de l'utérus.*

En effet, si dans les cas de vagin très large, cette bascule est aisée, il n'en est pas de même dans les cas de vagin étroit ou simplement moyen. Alors la bascule de l'utérus est difficile et contribue pour une large mesure à accroître les difficultés de l'intervention.

Deuxième temps : Résection du corps.

On place deux pinces de Museux symétriquement par rapport à la ligne médiane sur la lèvre antérieure de section du corps. Pendant ce temps, la valve vaginale courte refoule en haut la vessie.

Entre les pinces qui fixent la lèvre antérieure du corps on sectionne au moyen des ciseaux droits la face antérieure du corps sur la ligne médiane.

A ce moment, on place une troisième pince de Museux à l'extrémité profonde de la lèvre droite (par rapport à l'opérateur) de section. On enlève la pince droite de la lèvre antérieure et on la place à l'extrémité profonde de la lèvre gauche.

La pince gauche de la lèvre antérieure sera enlevée et déposée sur la table où on la retrouvera dans un instant, car toute cette manœuvre que nous venons de décrire se pratique avec trois pinces et devra être renouvelée dans un instant.

On tire sur les deux pinces et on prolonge la section entre les deux en ayant bien soin de ne pas s'écarter de la ligne médiane.

On recommence la manœuvre des trois pinces une ou deux fois encore. On comprend que l'utérus attiré de plus en plus tendra à basculer.

Le fond de l'utérus luisant et arrondi apparaît. D'un coup de doigt on achève la bascule.

Maintenant, l'utérus complètement abaissé ne tient plus que par les ligaments larges. Reste donc à faire la section et l'hémostase.

« L'utérus est encore retenu par les ligaments larges qui, insérés sur toute la hauteur de ses bords, plongent dans les profondeurs du bassin et les rattachent aux parois pelviennes.

La partie inférieure de ces ligaments larges qui contient l'artère utérine, est située près du col où on l'aperçoit dès le début de l'opération. Quant à la partie supérieure on la voit maintenant, partant des cornes utérines et remontant obliquement en haut et en dehors pour disparaître dans le bassin. Ce bord supérieur est constitué par la trompe, à laquelle

est fixé l'ovaire. Quand ces organes sont libres, ils sont faciles à voir et à attirer au dehors avec des pinces appropriées, ou simplement avec les doigts.

Quand les annexes sont mobiles et facilement abaissables, le reste de l'opération n'est plus qu'un jeu.

Une pince à mors courts et puissants engagée de bas en haut saisit la moitié inférieure du ligament large gauche, dans laquelle se trouve l'artère utérine. L'index et le médius de la main gauche, introduits de haut en bas derrière l'utérus, vont écarter les intestins déjà protégés d'ailleurs par une compresse montée, et reconnaître le mors postérieur de la pince, de façon à la guider et à éviter tout accident. Une pince identique, engagée cette fois de haut en bas, en dehors des annexes, saisit la moitié supérieure; les mors des deux pinces doivent chevaucher l'un sur l'autre, de façon à ce qu'il n'y ait entre elles aucune partie du ligament large exempt de pression; en quelques coups de ciseaux, donnés entre les pinces et le bord de l'utérus, on coupe le ligament large gauche... » (J.-L. Faure).

L'utérus ne tient plus que par le ligament large droit que l'on sectionne de la même façon. Ainsi, la section sera faite en dedans des annexes.

L'hystérectomie est faite.

Si quelques points de la tranche vaginale saignent, on y place des pinces.

Au moyen d'une compresse dépliée on attache ensemble

les pinces du ligament large gauche. On en fait de même pour les pinces de droite.

Dans l'orifice vaginal, on place un gros drain avec une ou deux mèches.

Après pansement, la malade sera placée dans son lit avec une vessie de glace sur le ventre et *la sonde à demeure* ne sera pas enlevée avant quarante-huit heures.

Nous venons de décrire une *hystérectomie vaginale typique* ainsi qu'on la rencontre dans les affections non suppurées. Du fait de la suppuration péritutéline on peut rencontrer *certaines difficultés* qu'il ne faut pas toutefois exagérer.

On s'efforcera d'ouvrir le *cul-de-sac péritonéal vésico-utérin* qui presque toujours *livre servira de guide*.

D'autre part, il ne faudra pas oublier le grand précepte que *c'est vers le bas que les salpingites adhèrent le moins*. On trouvera ainsi toujours un plan de clivage qui permettra de les décoller.

Parfois, malgré des tractions prudentes, *on ne peut extérioriser les annexes*. Il faut alors savoir ne pas trop insister car par les adhérences on pourrait déchirer l'intestin.

Dans ce cas, il faut placer les pinces clamps une au niveau de l'utérine, l'autre au niveau de la corne et on enlève l'utérus seul en laissant les annexes, mais en ayant soin d'ouvrir les poches purulentes.

Il ne faut pas s'inquiéter de laisser des annexes infectées

et même suppurer à la suite d'une hystérectomie pour supuration pelvienne.

Goullioud qui s'était occupé de la question avait bien démontré que l'on obtenait la guérison dans tous les cas où à la suite de l'intervention vaginale on laissait largement ouverte une trompe suppurée ou l'ovaire abcédé à condition que pendant quelque temps on maintienne béante l'ouverture.

R. Condamin (Annales de Tocologie et de Gynécologie, 1894, page 862) conseille si on ne peut enlever les annexes de les morceler.

Donc : si les annexes viennent les pédiculiser et les enlever simplement ;

Si les annexes ne viennent pas, faites un morcellement, une « ovariotripsie » ou une salpingotripsie ». Le pus s'écoulera et le but sera atteint. « Les quelques fragments qui persisteraient ne pourront que tomber intérieurement par sphacèle ou se résorber comme des organes dont la nutrition est profondément troublée ».

La mollesse de l'utérus telle que l'on peut la voir réalisée dans les infections puerpérales augmente considérablement, si on ne prend pas certaines précautions, les difficultés de l'opération. En effet, les pinces de Museux s'enfoncent comme dans de la glaise dans le parenchyme utérin qui se déchire sous la traction.

Dans ce cas, il faudra remplacer les pinces de Museux

par les *pincés plates à kyste* qui permettent une préhension plus large. Ainsi, on pourra tirer sur l'utérus sans voir l'organe se déchirer.

Au cours de cet exposé, on a pu voir que nous ne plaçons aucune ligature, mais que nous laissons *des pincés à demeure*. L'emploi des pincés à demeure présente sur l'emploi des ligatures trois gros avantages : *simplicité d'exécution, sécurité et rapidité*. De plus, les pincés à demeure contribuent à *assurer le drainage*.

La ligature est tout à fait aisée dans les cas simples, c'est-à-dire quand le vagin est large, quand l'utérus descend et quand les organes se pédiculisent facilement.

Nous avons ainsi extirpé nous-même des fibromes par voie vaginale et placé les ligatures avec autant de facilité que nous aurions pu le faire par voie abdominale.

Mais dans les cas de suppurations pelviennes, les conditions favorables que nous venons d'indiquer ne seront le plus souvent pas réalisées. Alors les pincés à demeure sont formellement indiquées surtout par suite de la friabilité des pédicules.

On les enlèvera au bout de soixante heures (M. Arrou). On ne confiera pas leur ablation à un aide, *on les enlèvera soi-même* et voici comment :

Avec une extrême précaution, on ouvrira une des pincés et on attendra ainsi quelques instants. Si rien ne saigne, on retirera la pince tout doucement. Si on voyait du sang, im-

médiatement on resserrait la pince que l'on laisserait en place encore vingt-quatre heures. Après avoir retiré les pinces, on ne s'éloignera pas de la malade avant une heure.

C'est assez exceptionnellement qu'à la suite de l'hystérectomie vaginale que se produisent des *hémorragies secondaires* liées à la *chute d'une escarre*. Bien que très rares, ces hémorragies n'en méritent pas moins d'être connues.

Au cours de l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, l'hémostase est le plus souvent facile et je crois intéressant de rapporter à ce propos le fait suivant que je tiens directement du *Docteur Jayle* lui-même.

Le Docteur Jayle m'a dit avoir aidé Terrillon à pratiquer une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. *Terrillon ne plaça aucune pince ni aucune ligature*, et l'on n'eut à déplorer aucun accident hémorragique.

Evidemment l'exemple n'est pas à suivre et il ne faudrait pas s'autoriser de ce résultat heureux pour traiter négligemment l'hémostase.

Dans une communication récente (Soc. de Chirurgie. Séance du 6 février 1929) Heitz-Boyer étudiant l'emploi des courants de haute fréquence en chirurgie préconise l'« hémostase sans ligature ». « La manœuvre en est très simple ; elle consiste, après avoir pincé comme à l'ordinaire les vaisseaux importants qui saignent dans l'incision faite, à mettre l'électrode de haute fréquence au contact de chaque pince maintenue par l'autre main, le contact pouvant être fait en

un point quelconque de la pince : il se produira à l'extrémité pinçante une zone de coagulation ; un léger bouillement et un claquement indiquent que la coagulation hémostatique est suffisante, et on peut enlever alors chacun des clamps ».

A propos de cette communication, nous croyons intéressant de signaler que dans la thèse de Ricou, déjà vieille puisqu'elle date de 1905, il est question d'un procédé d' « *électrohémotase* » (*), (J. Ricou, *Thèse*, Paris, 1905. Essai sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale). Il s'agit du reste d'une méthode assez comparable à celle que préconise Heitz-Boyer.

Encore au sujet de l'hémotase et des poches résiduelles (qui peuvent avoir échappé au cours de l'intervention), nous pensons que l'on pourra, au moment de terminer, utiliser avec avantage la *valve éclairante* munie d'une petite ampoule (*Ventrosopie*).

Nous pensons également qu'au moyen du *cystoscope*, on pourrait pratiquer une *exploration et une vérification* plus large.

Nous nous empressons de dire qu'il s'agit là d'idées théoriques que nous n'avons jamais eu l'occasion d'appliquer.

Insistons enfin sur l'importance des pansements qui devrait lutter contre la tendance qu'a le plan vaginal à se fermer trop rapidement.

(*) On trouvera des détails à ce sujet dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, p. 721 (Jacobo, l'Electro-hémotase et dans le *Traité de Gynécologie* de Pozzi (T. I. Edit. 1905, p. 121).

Enfin, nous devons dire qu'il est des cas où l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne présente des difficultés techniques telles qu'*en cours d'intervention on s'aperçoit que l'ablation systématique et totale de l'utérus est irréalisable.*

Que faire alors ? Il faut faire ce que l'on peut. En tous cas, il faut avant tout suivant l'expression de Péan « *faire sauter la bonde* ».

Pour cela, il n'y a pas de technique, on procèdera comme on le pourra en obéissant à la prudence, aux circonstances, à son intuition.

On morcellera l'utérus en prenant point d'appui sur l'organe au moyen d'une pince de Museux et en utilisant pour enlever les fragments le *bistouri boutonné à long manche* que l'on fera tourner autour de la pince de Museux comme axe.

Souvent dans ces cas, on n'aura ainsi pratiqué qu'une *hystérectomie partielle atypique.*

A ce propos, le *Docteur Arrou* nous disait qu'en 1899, il fut amené à pratiquer pour suppuration pelvienne une hystérectomie vaginale. L'opération fut si difficile que M. Arrou dut procéder par morcellement.

Le drainage fut large et la malade guérit. Mais fait remarquable, *la malade vit ses règles réapparaître* Tout récemment encore, en 1928, M. Arrou eut l'occasion de revoir cette ancienne opérée qui avait franchi la ménopause et restait en excellente santé.

Nous venons de parler d'hystérectomie partielle atypique, mais nous nous sommes demandé si dans certains cas bien définis, on ne pourrait pas pratiquer une *hystérectomie vaginale partielle typique*.

Nous préciserons dans quels cas au chapitre des indications, mais voici ce que nous entendons sous le nom d'hystérectomie partielle typique.

Nous en concevons deux variétés :

— *La première* a déjà été décrite : c'est le premier temps de l'hystérectomie vaginale, *la résection simple du col* qui donne accès sur la base des ligaments larges dont elle pourrait assurer le drainage ;

— *La deuxième* consisterait en une sorte de colpotoomie postérieure très élargie et comporterait en plus de la *colpotoomie postérieure* qui en serait le premier temps, *la résection cunéiforme* de la paroi postérieure du col de l'utérus et au besoin d'une petite partie du corps.

La large ouverture qui en résulterait pourrait assurer un drainage que l'on ne peut demander à la simple colpotoomie et de plus permettrait *notre exploration* au moyen du *cystoscope* qui pourrait monter la présence de poches que l'on ouvrirait ensuite.

CHAPITRE V

Indications de l'Hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes

Après avoir montré que tant du point de vue anatomique que du point de vue pathologique, l'hystérectomie vaginale était une opération logique, nous allons en envisager les indications dans les suppurations pelviennes.

Rappelons enfin avant d'entrer dans la discussion, que si l'on a cessé de pratiquer l'hystérectomie vaginale, ce n'est point parce que cette opération a donné de mauvais résultats (au contraire), mais bien parce que l'on ne l'a plus en main.

Tout d'abord, considérons l'hystérectomie vaginale en dehors des suppurations et envisageons les avantages et les inconvénients propres à cette opération.

I. -- AVANTAGES.

a) *Peu de choc opératoire.*

Nous considérons qu'il s'agit là d'un avantage considérable.

Cette « bénignité » de la vaginale constitue une indication formelle à l'employer chez certaines malades épuisées par l'infection et par l'hecticité.

Fritsch parlant de ces malades a dit qu'il « aimait mieux pour elles une hystérectomie vaginale d'une heure, qu'une laparotomie de dix minutes ».

Cadenat écrivait encore récemment : « Il faut avoir vu les malades le soir d'une hystérectomie vaginale pour se rendre compte du peu de *choc* que détermine cette opération. Des femmes âgées, des malades très déprimées, conservent après l'intervention le même pouls qu'avant d'être opérées. Il n'y a, dans ce sens, aucune comparaison à faire entre la vaginale et la laparotomie. Cela tient, à ce que les interventions par voie basse est beaucoup plus rapide, et sans doute aussi, à ce que la cavité péritonéale n'est pas largement ouverte. Quelle que soit l'explication, le fait est indéniable, et c'est peut-être le plus grand avantage de l'hystérectomie vaginale ».

On réduira encore au minimum le choc opératoire, en recourant si la malade n'est pas trop hypotendue, à la *rachianesthésie*.

b) *Plus facile et moins grave chez les obèses que la laparotomie.*

Il n'y a guère à insister (pour peu qu'on ait de la pratique) sur la très grande difficulté des interventions pelviennes par laparotomie chez les femmes très obèses. Mais chose remarquable l'obésité n'accroît nullement les difficultés des interventions par voie basse.

A ce propos, nous avons entendu raconter par M. J.-L.

Faure une amusante histoire : « Alors que j'étais chirurgien à l'Hospice d'Ivry, disait-il, j'ai voulu opérer une femme obèse d'un fibrome. La laparotomie faite, non seulement je n'ai pas pu enlever l'utérus, mais malgré tous mes efforts, je n'ai pas réussi à le voir ».

Quelque temps après M. J.-L. Faure enlevait sans difficulté cet utérus par voie vaginale.

De plus, ajoutons que l'obésité ne constitue pas seulement une difficulté, mais un danger.

« Chez certaines femmes *très obèses*, la moindre intervention peut devenir compliquée. Ces malades ont souvent des organes déficients, un cœur gras, des poumons emphysémateux, des reins insuffisants : elles résistent beaucoup moins bien que les femmes maigres. Plus tard, quand elles se lèveront, elles seront exposées à faire une *éventration*. Par contre, en général, les voies inférieures sont chez elles élargies et extensibles » (Cadenat).

c) *Il n'y a pas d'éventration ultérieure à craindre.*

Nous venons de voir la question de l'éventration chez la femme obèse, mais ajoutons que chez les autres cet accident est toujours à redouter.

C'est certainement un avantage appréciable que de pouvoir s'en mettre entièrement à l'abri.

d) *Travail presque hors du ventre.*

En effet, surtout quand on intervient pour suppurations pelviennes, grâce aux adhérences et au diaphragme patho-

logique qui isole le petit bassin de la grande cavité, on travaille encore plus hors du ventre que dans une opération de hernie.

e) *Qualité du drainage.*

Le drainage qu'assure l'hystérectomie vaginale (ainsi que nous l'avons dit et ainsi que nous le redirons) est un *drainage large et en bonne place.*

C'est cette qualité de drainage qui donne sa grande valeur à l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.

f) *Pas de cicatrice.*

Il s'agit là d'un avantage assez secondaire, mais qui n'est pas absolument à dédaigner.

II. — INCONVÉNIENTS.

Maintenant que nous avons passé en revue les avantages de l'hystérectomie vaginale, envisageons ses inconvénients et les reproches que l'on peut lui adresser.

a) *Inélégante.*

Absolument aucune valeur. *Ce qui juge l'élégance d'une opération c'est le résultat.* Il est surtout inélégant de perdre ses malades même après des gestes opératoires brillants.

Cet argument relève d'une mentalité enfantine. La naïveté qui l'a inspirée est la même que celle qui dans une assez récente communication à la « Société de Chirurgie » a fait

dire à son auteur qu'il avait exécuté une opération en *dix-neuf minutes*.

b) *Parfois difficile.*

La difficulté tient surtout à deux causes : *la fixité de l'utérus et l'étroitesse du vagin*.

Ce sont là des inconvénients très sérieux et nous conseillons formellement de ne pas se lancer dans une vaginale sans avoir apprécié auparavant la fixité utérine et l'étroitesse du vagin et de la vulve.

La fixité utérine est presque la règle dans les suppurations pelviennes, elle est surtout en rapport avec les adhérences. On en viendra malgré tout à bout grâce au morcellement surtout si le vagin et la vulve sont larges et extensibles.

Péan lui-même a reconnu la valeur de ces arguments : « L'étroitesse et la rigidité du vagin, dit-il, constituent de mauvaises conditions opératoires ; elles rendent l'intervention plus difficile et enlèvent au chirurgien une partie de sa liberté d'action ; il est parfois utile de débrider la vulve ».

c) *Aveugle.*

Il est courant de dire que l'hystérectomie vaginale est aveugle et P. Delbet disait en 1904 qu'il est « resté l'ennemi de cette voie dont l'obscurité lui a toujours paru inquiétante ».

La critique ne nous semble pas entièrement injustifiée, mais nous allons dire ce que nous entendons par là.

L'hystérectomie vaginale est *aveugle quant aux adhéren-*

ces avec l'intestin. Il ne faut rien exagérer et il suffit d'avoir pratiqué soi-même une vaginale pour s'être rendu compte que grâce à la marche progressive du col vers le fond de l'utérus, on pourra reconnaître et libérer les adhérences intestinales si on les rencontre et si on ne s'écarte pas de ce principe : *ne jamais placer une pince sans voir où on la place et ne rien couper sans voir ce que l'on coupe.* Lorsqu'on procède au morcellement il est certain qu'il faudra tout particulièrement s'armer de prudence. La blessure d'une anse est évidemment chose sérieuse et impose souvent une opération ultérieure, complexe qui est loin d'être inoffensive.

Nous ne nous étendrons pas sur la *blessure de la vessie* et la *fistule* qui en résulte, c'est une question de technique : il suffit de se tenir assez loin du réservoir, la fistule peut survenir même sans blessure perforante, après chute de l'escharre si on s'est tenu trop près de l'organe.

L'hystérectomie vaginale est aveugle, car *elle ne permet pas d'apprécier les lésions et de proportionner à ces dernières l'acte opératoire.*

De ce fait, la voie vaginale sera parfois mutilante, tandis que la voie abdominale pourra se montrer plus conservatrice.

Prenons un exemple : on pratique une laparotomie pour suppuration pelvienne, et le ventre ouvert, on constate que la suppuration est liée à des lésions des annexes, prédominant d'un seul côté, l'autre côté n'est relativement pas trop malade. On pratique la résection unilatérale de la trompe et

de l'ovaire et on draine. La femme a des chances de guérison en conservant les annexes d'un côté et il n'est pas impossible qu'elle puisse devenir enceinte. Si la malade avait été opérée par voie vaginale, on aurait sans doute également guéri la malade, mais au prix d'une hystérectomie.

Ainsi, avantages et inconvénients de la voie vaginale posés, quelle conduite tenir en présence d'une suppuration pelvienne ?

— PREMIER CAS. — *Il s'agit d'une suppuration aiguë, chaude qui bombe dans le Douglas.*

Il est évident que tout d'abord, il ne sera pas question de pratiquer une vaginale. Le plus souvent une simple colpotomie postérieure suffira.

Le lendemain de cette petite opération on trouvera la malade reposée et la température tombée aux environs de la normale.

Ce résultat heureux est obtenu chaque fois que l'on intervient sur des collections simples à drainage facile et dont le type est donné par l'*abcès uniloculaire* de l'hématocèle pelvienne suppurée.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement lorsqu'existent des *abcès multiloculaires*.

La colpotomie peut se montrer insuffisante. Elle a pu ne pas réussir à évacuer toutes les poches.

La suppuration par l'orifice continue ou se tarit, cepen-

dant la température qui n'est pas tombée oscille pendant des jours et des semaines autour de $38^{\circ}5-39^{\circ}$, des poussées surviennent. On a bien cherché au moyen d'un clamp introduit par l'orifice de colpotomie à évacuer les abcès, mais les tentatives ont été vaines ou l'évacuation insuffisante, la malade se déprime, se cachectise et finirait dans l'hectivité si l'on n'intervenait pas.

Parfois la colpotomie ne s'est pas montrée insuffisante, mais n'en est pas moins suivie d'une fistule intarissable. Ces cas ont été bien étudiés par notre maître M. le Docteur Chifoliau dans la thèse de Mer. Cette fistule serait due à l'ouverture de la cavité tubaire. La colpotomie dans ce cas met en communication deux muqueuses. « Dès lors, trompe et vagin sont réunis par un néo canal muqueux qui n'a aucune tendance à se fermer spontanément. De là, cette fistule intarissable, entretenue car l'infection ascendante... » (Mer).

Que faire dans tous ces cas ?

Peut-on espérer quelque chose d'un *traitement* non sanglant ? Il n'y a pas à y compter. Temporisation, vaccins, glace et repos ne donneront aucun résultat.

L'hystérectomie partielle, par résection de la paroi postérieure du col, dont nous avons parlé plus haut, n'a pas fait ses preuves, mais il nous semble bien qu'il pourrait peut-être y avoir parfois quelque intérêt à la tenter.

En pratique faut-il enfin intervenir par voie haute ou par voie vaginale ?

Quelle que soit la voie adoptée il faut savoir attendre et *ne pas intervenir trop tôt*. On sera souvent surpris de voir un orifice de colpotomie se fermer un mois à un mois et demi après l'opération. *Dans ces cas bien plus que les signes locaux ce seront les signes généraux (tendance à l'hecticité) qui indiqueront l'urgence de l'intervention.*

Mais avant de poser fermement les indications de la voie abdominale ou de la voie vaginale reprenons *les cas où la température n'est pas à la normale quelques jours après une colpotomie.*

Devra-t-on toujours conclure que la colpotomie a échoué ?

Nous ne le pensons pas. Car si on analyse d'un peu près les faits, voici ce qui se passe :

— *Où bien la petite opération n'a été suivie d'aucune chute de la température (ou chute minime).* Il s'agit alors de poches hors d'atteinte qui continuent à évoluer. La colpotomie a échoué.

— *Où bien l'ouverture du cul-de-sac postérieur a été suivie d'une chute de la température qui reste pendant sept à huit jours autour de la normale, mais s'élève à nouveau progressivement.*

Ces cas nous semblent répondre le plus souvent à des poussées inflammatoires simples du côté des annexes sans suppurations périutérines.

Nous sommes alors ramenés au cas d'une salpingite ba-

nale justiciable d'un traitement par la voie abdominale après refroidissement.

Il n'en est pas du tout de même *quand la colpotomie s'est vraiment montrée impuissante* et que les poches hors d'atteinte continuent leur évolution.

C'est précisément dans ces cas que la vaginale trouve sa principale, sa grande indication.

En effet, par la voie vaginale on travaillera *presque hors du ventre*, on ne risquera pas de souiller le péritoine avec ce pus virulent; *le drainage sera parfait*, les liquides septiques s'écoulant dans l'entonnoir pelvien pour être collectés par ce drain idéal qu'est le vagin, de plus la voie vaginale sera moins *choquante*, car la malade est, en général, très déprimée, elle sera plus simple et plus rapide, surtout si l'utérus n'est pas trop fixé et si le vagin et la vulve sont larges et extensibles.

Le Docteur H. Delagenière (du Mans) répondant à notre enquête, nous écrit qu'il n'est pas du tout partisan de la voie vaginale : « J'ai toujours préconisé *l'hystérectomie abdominale totale* pour les suppurations pelviennes depuis 1893. Mon opinion n'a pas changé depuis et je n'ai pas le souvenir d'avoir pratiqué une seule hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes depuis cette époque.

Lorsqu'il existe des accidents aigus causés toujours par quelques foyers en évolution, je me contente d'ouvrir ce ou ces foyers par le vagin, puis quand la fièvre est tombée, je

fais l'abdominale totale. C'était aussi la pratique de mon maître Terrier et les résultats étaient très supérieurs à ceux de l'opération vaginale surtout au point de vue des suites opératoires qui, après la vaginale se prolongeaient parfois dix-huit mois et même davantage comme j'ai pu l'observer chez deux malades de Péan.

A mon avis, il n'y a donc pas une seule contre-indication à l'abdominale et par suite, je ne trouve pas d'indication à la vaginale puisque les accidents aigus peuvent toujours être combattus par de simples colpotomies pré-opératoires ».

Il est évident que la forte personnalité de M. Delagenière donne une valeur considérable à cette opinion. Néanmoins nous objecterons que *l'hystérectomie abdominale totale* est bien grave chez des malades déjà cachectisées et nous pouvons presque affirmer que les malades de nos observations I et IV n'auraient pas supporté le choc de cette opération. De plus, il est absolument certain que malgré la chute de la température, on n'est jamais très sûr de la disparition de la virulence et que par la voie abdominale on risque beaucoup plus de léser le péritoine qu'en adoptant la voie vaginale.

Maintenant lorsqu'à la suite d'une colpotomie s'est constituée, ainsi que nous l'avons dit, une fistule faisant communiquer vagin et trompe, faut-il intervenir par voie haute ou basse ?

« Si l'on veut intervenir alors par voie haute, on se trouve dans les plus mauvaises conditions possibles.

Au cours de l'ablation on va forcément être amené à sectionner le trajet fistuleux, à ouvrir la porte à des microbes virulents. Et malgré toutes les précautions aseptiques et même antiseptiques, on risque l'ensemencement de la cavité péritonéale presque toujours, de la paroi presque à coup sûr. Pour peu que l'on ne pratique pas un large drainage, au besoin à l'aide d'un Mickulicz (et l'on recule souvent devant ce drainage), on risque la péritonite et la mort, comme cela s'est produit dans le cas que nous rapportons » (Thèse de Mer).

Ainsi, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir par hystérectomie vaginale. C'est absolument l'opinion de notre Maître le Docteur Chifoliau avec qui nous discutons de cela encore tout récemment.

Malgré tout, après une hystérectomie vaginale une fistule peut persister assez longtemps et c'est certainement de la persistance de cette fisule dont parle M. H. Delagenière quand il nous dit avoir vu les suites opératoires de la vaginale se prolonger pendant dix-huit mois et plus. Ces fistules persistantes s'observent surtout au cours de ce que Péan appelle les « *suppurations pelviennes compliquées* ».

« J'appelle ainsi, dit Péan, celles qui se sont ouvertes spontanément du côté de l'intestin grêle, de la vessie ou du rectum. Elles sont souvent accompagnées de tuberculose du

péritoine pelvien, des ovaires, des trompes et même de la muqueuse utérine.

L'ablation complète de l'utérus et des annexes par voie vaginale est préférable à l'extirpation par voie hypogastrique. Elle expose moins à la souillure des organes pelviens par les matières provenant des viscères intéressés, car elle permet leur écoulement à l'extérieur par une voie courte et directe... On est généralement surpris de la rapidité avec laquelle se ferment après extirpation de l'utérus, les trajets fistuleux, lorsqu'ils ont été convenablement râclés, lavés et drainés. Chez nos opérées, toutes les fistules stercorales se sont fermées spontanément : nous en avons eu deux chez lesquelles il a fallu fermer intérieurement par le vagin la fistule urinaire. La célérité de la guérison forme un contraste frappant avec ce qui se passe après l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale. Celle-ci laisse à sa suite des fistules qui durent des années et souvent ne tarissent jamais. Des poussées de pelvi-péritonite remettent périodiquement tout en cause jusqu'au jour où l'on se résigne à enlever la matrice par le vagin ».

Enfin, il est un point qu'il nous semble intéressant de signaler. Quoiqu'on en ait dit la *phlébite* est loin d'être rare au cours des grosses suppurations pelviennes. Il est des cas (comme dans notre observation II où l'apparition de cet accident empêche d'intervenir. De plus, remarquons que dans les observations anciennes dont nous nous sommes servi pour

notre travail, la *phlébite* n'est pas signalée, une fois le drainage largement établi par l'hystérectomie vaginale.

Enfin, il semble bien ressortir de nos observations (observations I et II) que l'apparition d'une phlébite a une influence heureuse sur la suppuration pelvienne qui, à partir de ce moment a tendance à se tarir.

— DEUXIÈME CAS. — *Il s'agit d'une suppuration pelvienne aiguë chaude ne venant pas bomber dans le Douglas.*

Ou bien la collection bombe dans les culs-de-sac *antérieurs* ou *latéraux*; ou bien il s'agit de *poches hautes* avec « lésions annexielles, chaudes, fébriles, virulentes, à poches multiples » (E. Forge).

Dans ces cas la colpotomie postérieure est *impraticable*.

Si les choses ne pressent pas trop le mieux est de tenter le *refroidissement*.

Dans les collections *latérales*, c'est-à-dire dans les cas de *phlegmon du ligament large* on obtient de très beaux résultats par l'emploi des vaccins (observation III).

Ce n'est que si la situation devenait alarmante que l'on pourrait tenter l'*hystérectomie partielle* (sous la forme de résection du col) pour assurer le drainage. Mais répétons qu'en général les vaccins ont les plus heureux effets sur le *phlegmon de la base du ligament large*.

Parfois, au cours de l'évolution d'une suppuration pelvienne à poches hautes ou bombant dans le cul-de-sac antérieur, on voit brusquement les choses s'aggraver et l'on com-

prend que la femme est sous la menace d'une généralisation péritonéale ou d'une rupture :

Du point de vue général : la température s'élève et se maintient oscillante autour de 39° , la langue est sèche, la malade est déprimée;

Localement : les douleurs sont plus vives, l'hypogastre se défend et sans que l'on puisse parler de péritonite, la péritonite de la grande cavité léchée par une flambée présente quelques signes de réaction.

Il faut intervenir sans trop tarder par voie vaginale.

Les manipulations seront prudentes et l'on évitera les tractions trop fortes ou brutales sur l'utérus par crainte de la rupture intra-abdominale des poches.

Ces formes répondent surtout aux pelvi-péritonites puerérales observées surtout *après l'avortement*.

TROISIÈME CAS. — *Il s'agit d'une suppuration pelvienne à évolution subaiguë, s'accompagnant d'altération de l'état général, ne refroidissant pas, procédant par poussées.*

Cette allure lente et torpide qui caractérise certaines suppurations pelviennes engage à l'intervention, car on voit l'état général de la malade s'altérer et le traitement médical semble n'avoir aucune action.

Que faire ? A quelle opération recourir ?

Si au cours d'une poussée aiguë, on perçoit au toucher une collection bombant dans le Douglas on l'ouvrira, mais

les signes n'en continueront pas moins et l'on en est ramené à une suppuration pelvienne subaiguë inaccessible dans son évolution à la colpotomie.

Nous pensons que dans ces formes l'*hystérectomie vaginale* pourra sans doute rendre fréquemment des services, mais qu'il faut néanmoins se montrer très réservé.

En effet, ces suppuration pelviennes à *évolution discontinue* sont bien souvent des *tuberculoses*.

Elles n'ont rien d'absolument caractéristique dans leur aspect clinique qui puisse à coup sûr les faire diagnostiquer.

On ne saurait, en effet, se fier à la *dysménorrhée*, aux poussées de fièvre vespérale, à l'*altération de l'état général*. Cependant, la constatation au toucher vaginal de *nodosités* dans l'empâtement pelvien a certainement une grosse valeur.

Le plus souvent dans ce cas le diagnostic de tuberculose sera un diagnostic de probabilité.

Aussi vaudra-t-il mieux, nous semble-t-il, ne pas recourir systématiquement à la *vaginale*. Mais il n'y a là que *des cas d'espèce*.

En effet, l'utérus peut être pris au milieu d'une gangue lardacée; les adhérences tuberculeuses ne sont guère clivables. L'intestin adhérent souvent fortement est d'une friabilité excessive. Les annexes que l'on est le plus souvent obligé de laisser entretiendront la suppuration.

Par la voie haute, on se rendra mieux compte des difficultés et des possibilités opératoires. Si la libération de l'uté-

rus et des annexes se présente comme devant être trop difficile par suite des adhérences intestinales, le mieux sera de « faire machine en arrière ».

De plus, même s'il ne s'agit pas de tuberculose, le pus n'est pas très virulent dans ces cas et ne constitue pas si l'on a soin de bien se protéger une trop grande menace pour le péritoine.

Il est enfin un autre avantage en faveur de la voie abdominale qui n'est certainement pas négligeable quand on soupçonne des lésions tuberculeuses, nous voulons parler de l'action stabilisatrice et même curatrice de la laparotomie sur les lésions pelvi-péritonéales tuberculeuses.

La laparotomie exploratrice peut ne pas être inutile et après la simple ouverture de l'abdomen on a bien souvent vu l'état local et l'état général s'améliorer et la guérison survenir.

EN RÉSUMÉ :

1° Chaque fois qu'au cours d'une suppuration périutérine subaiguë on soupçonne la tuberculose, le mieux est de s'abstenir de la voie vaginale. Recourir à la voie haute; la laparotomie à elle seule pouvant être curatrice. *Mais si avec certitude on peut écarter le diagnostic de tuberculose, la vaginale est assez indiquée.*

2° Les collections périutérines chaudes n'évoluant pas vers le Douglas et ayant tendance à l'extension et à l'aggravation sont justiciables de l'hystérectomie vaginale.

3° Mais c'est surtout quand la colpotomie a échoué, lorsque cette opération n'aura pas réussi à assurer un drainage suffisant que l'hystérectomie vaginale trouve ses indications les plus importantes.

C'est dans ces *cas rares*, chez ces malades sans résistance, en proie à l'hectivité qui ne supporteraient pas le choc autrement important d'une laparotomie (notamment de l'hystérectomie abdominale totale) que la voie vaginale fait merveille et nous sommes convaincu que les trois malades de nos observations lui doivent la vie.

Observations

Les quelques observations que nous rapportons concernent des suppurations pelviennes qui n'ont pas toutes été traitées par l'hystérectomie vaginale.

Dans notre observation II par exemple on verra parfois qu'une cause fortuite comme l'apparition d'une phlébite peut venir empêcher l'hystérectomie vaginale qui semblait indiquée et que l'on était sur le point de pratiquer après l'échec de la colpotomie.

On remarquera également dans cette observation II ainsi que dans l'observation III que l'apparition d'un phlébite a coïncidé avec la régression de la suppuration pelvienne.

L'observation III nous a paru mériter d'être rapportée, car elle montre qu'une présence d'un phlegmon de la base du ligament large à allure grave, on peut se sentir complètement désarmé, la colpotomie latérale, en effet, étant à rejeter sans discussion.

Nous croyons dans ces cas assez rares pouvoir proposer comme moyen de drainage et de traitement, l'hystérectomie partielle typique par résection du col.

Quant aux observations I, IV et V, elles schématisent l'indication *princeps* de l'hystérectomie vaginale. La colpo-

tomie a échoué, l'état général de la malade déjà affaiblie s'aggrave. Une intervention par voie abdominale dangereuse pour le péritoine n'aurait presque certainement pas été supportée par ces malades affaiblies, la vaginale est apparue comme la seule et unique ressource. Le résultat en fut merveilleux.

OBSERVATION I

(Recueillie à la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca
et due à l'obligeance de M. le Professeur J.-L. Faure)

Mme Rous..., 30 ans (salle Huguier).

Mariée en 1919.

Présente en octobre 1927 des pertes blanches et jaunes. Traitée par des *injections quotidiennes* (permanganate) et par des *cautérisations* (une fois par semaine), (nitium et leucagine), le matin à Paris et retournait à Chartres le soir, en tout neuf cautérisations.

Bons effets du traitement. Moins de pertes.

Mais la 9^e faite au début de février laisse un état fébrile, mais pas de douleur de ventre. Les règles ne viennent pas.

Vers le 27, il se produit une forte crise avec vomissements et douleurs.

Après 3 ou 4 jours, la malade revient à Paris pour consulter son médecin, qui l'hospitalise dans une clinique. L'état s'aggrave et un chirurgien est appelé en consultation : masse inflammatoire remplissant le bassin et remontant jusqu'à l'om-

bilic. Ventre ballonné; Température : 39°5. — Pouls rapide. Faciès très fatigué, intoxiqué.

La péritonite pelvienne remplit le cul-de-sac de Douglas.

Une *colpotonie d'urgence* est faite dans la nuit (15 mars 1928).

Anesthésie au chlorure d'éthyle. Incision au ciseau du cul-de-sac post. On ouvre une poche de pus située à 4 cm. plus haut, derrière l'isthme. Drain à ailettes.

Le lendemain, la femme perd du pus, très fétide, en abondance. Amélioration. Baisse de la température.

La suppuration s'arrête le 4^e jour et la fièvre remonte.

Entre à l'hôpital Broca (salle Huguier) le 19 mars 1928. Sous anesthésie, mise d'un nouveau drain : du pus très fétide sort en abondance. Lavage chaque jour dans le drain.

Cependant, le drainage reste insuffisant. Il y a plusieurs poches de pus péri-utérines et peut-être sus-utérines.

Après 2 semaines d'attente, l'état général s'aggrave : frissons, diarrhée, fatigue et amaigrissement.

On décide l'*hystérectomie vaginale* qui est pratiquée le 16 avril 1929.

Procédé de Doyen. Utérus petit. Pas de difficultés particulières. On laisse les pinces à demeure.

Après l'ablation de l'utérus, on arrive sur une poche purulente volumineuse, très haut située, montant jusqu'à l'ombilic; on la crève : pus en abondance. Drain. Sonde vésicale. Mèche vaginale.

(Anesthésie du Schieich) :

Pincés à demeure enlevées après 48 heures.

Mèches de tamponnement vaginal enlevées le 4^e jour.

Drain enlevé le le 8^e jour.

Elimination de débris nécrosés le 12^e jour.

Sort le 13 Mars 1928 de l'hôpital

31 Mai 1928 : Au fond du vagin persiste une petite fistulette donnant un peu de pus.

12 juillet 1928 : La petite fistule est améliorée. La malade perd moins de pus. Cautérisation au nitrate d'argent.

OBSERVATION II

(Résumé)

(Recueillie dans le service de notre maître le Docteur Chifoliau
à l'hôpital Saint-Louis)

M. Claire, 22 ans, femme de chambre.

Fausse couche de deux mois le 29 août 1928.

La fièvre s'étant allumée, on pratique en ville un curettage le 1^{er} septembre 1928.

Le 15 septembre, la malade reprend son travail, mais le 17, elle éprouve une crise douloureuse dans le côté gauche. Le médecin qui avait fait le curettage diagnostique une *salpingite* et envoie la malade à l'hôpital.

Entrée à Saint-Louis le 18 septembre. On note des signes

généraux et locaux de suppuration périutérine, la collection tendant à bomber dans le Douglas:

Le 3 octobre, on pratique une *colpotomie postérieure*. Malgré cette intervention la fièvre continue et la courbe oscille au-dessus de 38° , la malade dépérit.

Par l'orifice de colpotomie s'écoule un peu de pus. On suppose que malgré la colpotomie des collections continuent à évoluer et à la fin du mois d'octobre on s'apprête à pratiquer une *hystérectomie vaginale*, lorsque le 31 se déclare une *phlébite* du membre inférieur droit.

A la suite de la phlébite, on constate une amélioration très marquée dans les signes pelviens.

Le 10 novembre, une nouvelle phlegmatia atteint le membre inférieur gauche.

La suppuration pelvienne régresse rapidement et le 22 février 1929 la malade sort complètement guérie de l'hôpital.

Nous avons tout récemment (8 avril 1929) revue cette ancienne malade en très bon état.

La T. V. montre un utérus qui commence à se mobiliser. Il reste encore un empâtement assez marqué du cul-de-sac latéral gauche.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service de notre Maître le D^r Roux-Berger
à l'hôpital Broussais)

Mme V. B., âgée de 25 ans, entrée d'urgence à l'hôpital

Broussais, le 16 octobre 1928, pour des manifestations infectieuses consécutives à une fausse-couche de quatre mois faite le 12 octobre 1928.

La malade a subi en ville un curage digital.

Le lendemain, le 13 octobre la température s'élève à 38°.

Dans la nuit du 15 au 16, c'est-à-dire quatre jours après la F. C., la malade éprouve de grands frissons prolongés, cependant que la température atteint rapidement 40. La malade n'accuse aucune douleur nette.

A l'entrée dans le service, on se trouve en présence d'une femme fébrile, fatiguée, aux lèvres pâles et sèches.

La température se maintient à 40° 2.

Le pouls est rapide mais bien frappé.

Quant à l'abdomen il est souple quoique un peu douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le *toucher vaginal* montre alors le *col* repoussé à gauche, petit, mou, entr'ouvert, légèrement perméable.

Dans le *cul-de-sac latéral droit*, on perçoit une grosse masse qui bombe, masse dure, peu douloureuse, au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le *toucher vaginal* montre alors le *col* repoussé à gauche, petit, mou, entr'ouvert, légèrement perméable.

Dans le *cul-de-sac latéral droit*, on perçoit une grosse masse qui bombe, masse dure, peu douloureuse.

Cette tuméfaction est absolument collée à l'utérus et aux parois du petit bassin.

Cette induration descend presque jusqu'à l'orifice vulvaire, contournant le vagin.

Cette masse n'est pas perçue par la main abdominale.

Au cours des jours suivants les signes infectieux persistent (l'hémoculture n'est pas pratiquée).

On fait quatre piqûres de Propidon.

Chaque soir la température monte à 40°, le pouls bat à 120.

Le 23 octobre, on trouve au toucher les mêmes signes et par le toucher rectal on sent la masse.

Cependant, la tuméfaction se'st accrue et commence à devenir perceptible au-dessus de l'arcade crurale.

Pendant quinze jours, les signes infectieux restent aussi violents. Chaque jour, on fait une injection de 250 cm³ de sérum glucosé qui calme beaucoup la soif intense et continue dont souffre la malade.

Durant toute cette période la malade paraît vraiment en danger. On songe pour la rejeter à la colpotomie latérale selon la technique de Fochier et l'on déplore alors de n'avoir à notre disposition aucune opération pratique qui assurerait le drainage, permettant ainsi un traitement rationnel de ces formes graves de la base du ligament large.

Le 28 octobre, il semble qu'il y ait une légère amélioration des signes locaux et généraux.

Le 1^{er} novembre, la malade accuse des douleurs, des fourmillements dans tout le membre inférieur droit. Aucun frisson, mais le pouls s'accélère d'heure en heure.

Le lendemain, on observe un œdème blanc, dur, un peu douloureux.

Le membre est mis en gouttière en même temps que l'on applique trois sangsues à la racine. Injections de septicémie intramusculaire.

Grosse amélioration dans les signes généraux et locaux pelviens.

Nouvelle poussée phlébitique le 22 novembre, tandis que se poursuit l'amélioration et la régression de la suppuration pelvienne.

Au toucher, en effet, on constate que la tuméfaction régresse de plus en plus sans se ramollir et bientôt, on ne sentira plus qu'un cordon dur et sensible dans le cul-de-sac latéral droit.

Récemment (février 1929), nous avons revu notre ancienne malade qui ne présentait pour ainsi dire plus de trace de sa suppuration pelvienne.

OBSERVATION IV

(Recueillie à la Clinique Gynécologique de l'hôpital Broca et due à l'obligeance de M. le Professeur J.-L. Faure)

Mme Our..., 22 ans.

Premières règles à douze ans.

Mariée à vingt ans.

Une grossesse en juin 1926.

21 novembre 1927 : fausse-couche d'un mois et demi à la suite de manœuvres abortives.

26 novembre : la femme est prise de frissons, la température s'élève à 39°5.

Entrée à l'hôpital Broca.

27 novembre (un dimanche) : Curettage ramène des débris placentaires.

28 novembre : peu d'amélioration.

La température à 38°8 le matin monte à 39°7 le soir.

29 novembre : la malade est secouée d'un grand frisson et la température s'élève en crochet à 39°9.

On commence des injections sous-cutanées d'électrargol, et l'après-midi, abcès de fixation cuisse gauche.

30 novembre : hémoculture négative après vingt-quatre heures.

Durant toute cette période la malade pâle, anémiée, est très affaiblie.

Le ventre sensible se défend un peu au niveau de l'hypogastrique.

Le touché vaginal a montré le

3 décembre un empâtement du petit bassin dans lequel on distingue une petite masse dans le cul-de-sac latéral droit et une dans le Douglas.

10 décembre : La masse latérale a grossi et la collection postérieure bombe fortement dans le Douglas. La température s'élève progressivement et oscille entre 38° et 39°.

(Entre temps, 8 décembre, on a découvert l'abcès de fixation bien collecté).

16 décembre : Colpotomie postérieure.

Mèche vaginale et drain.

Mais le drainage est sans doute insuffisant, car *la fièvre ne tombe pas et les signes généraux continuent.*

30 décembre : Malade considérablement affaiblie.

Température, 39°9. Diarrhée. Sueurs profuses, inappétence.

Devant cette aggravation progressive, on décide de pratiquer une *hystérectomie vaginale*.

L'opération est assez difficile. L'utérus s'abaisse mal. On doit le morceler.

A un moment donné, on crève au doigt une grosse poche haut située et le pus s'écoule en abondance.

Huit pinces à demeure que l'on laisse quarante-huit heures.

Deux mèches et une sonde dans la vessie.

Le lendemain, 28 décembre : la température s'élève à 39°1, mais *les jours suivants* tombe en lysis pour atteindre 37° le 7 janvier et s'y maintenir.

L'appétit revient, la malade se transforme.

L'écoulement diminue de jour en jour et la malade sortira guérie de l'hôpital le 25 janvier 1928.

OBSERVATION V

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau)

(clientèle privée)

Mme P..., 25 ans.

Bien réglée et santé normale jusqu'en 1920, où elle fait une fausse-couche de deux mois. Cet avortement s'est accompagné de fièvre et la malade a dû garder le lit pendant quelques semaines. Après un essai de reprise de ses occupations, elle est obligée de se remettre au lit.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme maigre avec un mauvais état général.

La température oscille entre $38^{\circ}5$ et 40° . Le pouls est rapide, la langue sèche. La malade frissonne de temps en temps, mais il ne se produit pas de grands frissons.

L'abdomen est un peu ballonné, sensible vers les flancs.

Le toucher montre un col refoulé en avant. L'utérus est un peu gros. Le Douglas est rempli par une masse très tendue et très douloureuse. On décide de pratiquer la *colpotomie* qui provoque l'expulsion d'un verre de pus très fétide. Drain dans le cul-de-sac postérieur. La température tombe brusquement pour remonter quelques semaines après.

Frissons répétés. *L'état général devient de plus en plus mauvais.*

Au toucher, on trouve un utérus fixé dans le bassin au

milieu d'une masse très douloureuse englobant les culs-de-sac latéraux.

On décide d'enlever l'utérus par voie vaginale.

Opération : Anesthésie au chloroforme. Pincés sur le col abaissant difficilement l'utérus. Hémisection antérieure. Ouverture de plusieurs poches remplies de pus. Ablation incomplète des annexes Pincés à demeure.

La malade supporte très bien l'intervention. Quelques jours après, la température baisse, l'appétit revient et la malade sort guérie de la Maison de Santé.

Examinée trois mois après, la femme a repris une santé normale.

Conclusions

1° L'hystérectomie vaginale, moyen de traitement des suppurations pelviennes a toujours été presque unanimement considérée comme une bonne opération.

On ne l'a plus pratiquée, parce que les chirurgiens employant comme par réflexe, la voie abdominale *ont cessé de l' « avoir en mains »*.

Ainsi cette opération est, à notre avis, *tombée injustement dans l'oubli*.

2° Du point de vue anatomique, l'hystérectomie vaginale apparaît comme une opération logique dans les suppurations pelviennes.

En effet, en supprimant la cloison utérus-ligaments larges, elle transforme le petit bassin en une sorte d'entonnoir dont la paroi sera constituée par des gouttières juxtaposées par leurs bords.

Le long de ces gouttières pourra s'écouler le pus vers l'orifice inférieur résultant de la section vaginale. Cet orifice répondra *pratiquement* au point le plus déclive de l'entonnoir pelvien, donc de la cavité abdominale.

Le vagin collectera tous les liquides pelviens représente ainsi une sorte de drain idéal.

3° *Du point de vue anatomo-pathologique*, l'hystérectomie vaginale est également une opération logique, car une simple colpotomie sera souvent impuissante à évacuer des abcès multiloculaires souvent haut situés.

De plus, grâce aux adhérences intestinales et épiploïques, grâce au diaphragme pelvien pathologique, on travaille vraiment hors du ventre.

4° *Au point de vue technique*, nous conseillons dans les cas moyens l'hystérectomie vaginale avec résection préalable du col et pinces à demeure.

Dans les cas difficiles c'est au morcellement qu'il faut avoir recours. Peu importe que l'on pratique une hystérectomie partielle atypique, « c'est la bonde qu'il faut faire sauter ».

L'hystérectomie faite, peut-être y aurait-il avantage à vérifier l'hémostase et l'existence de poches au moyen de cystoscope ?

Sous le nom d'hystérectomies partielles typiques, nous distinguons deux genres d'opérations :

a) *La première*, premier temps de l'hystérectomie vaginale totale consiste dans la simple résection du col et permettrait nous semble-t-il de drainer la base du ligament large ;

b) *La seconde* réaliserait une colpotomie très élargie. Le plus souvent elle aura été précédée d'une colpotomie postérieure. Elle consistera donc dans une résection cunéiforme

de la paroi postérieure du col et d'un peu du corps de l'utérus.

Cette opération nous semble devoir assurer un drainage très large.

5° L'hystérectomie vaginale trouve sa principale indication après échec de la colpotomie postérieure.

Après colpotomie, certaines suppurations continuent. Les malades s'affaiblissent, tombent dans l'hecticité et souvent ne seraient pas en état de supporter une opération abdominale. Dans ces cas l'hystérectomie vaginale si peu choquante fait merveille.

La vaginale sera encore indiquée au cours de certaines suppurations aiguës et virulentes menaçant le péritoine de la grande cavité, haut situées ou bombant dans le cul-de-sac antérieur.

Quand la collection bombe dans le cul-de-sac latéral (phlegmon de la base du ligament large) quand aucun des moyens courants ne s'est montré agissant, quand l'état général est grave, l'hystérectomie partielle typique par résection du col (la colpotomie latérale toujours contre-indiquée) trouverait peut-être ses indications.

Il faut enfin rejeter l'hystérectomie vaginale comme moyen de traitement d'une suppuration pelvienne subaiguë si l'on soupçonne la tuberculose.

EN RÉSUMÉ : *l'hystérectomie vaginale, envisagée comme*

moyen de traitement des suppurations pelviennes reconnaît quelques indications précises et rares, mais dans ces cas, elle peut faire merveille.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie

- AUBEAU. — L'hystérectomie vaginale comparée à la laparotomie pour suppuration pelvienne (*Revue générale de l'antisepsie*, 1891, n^{os} 41 et 42).
- AUBEAU. — Des supurations pelviennes ayant leur source dans l'appareil génital de la femme (Paris, 1891, 8°).
- ASHBY. — The origin and treatment of pus accumulation in the female pelvis (*Maryland Med. J.*, XXII, 1889, 90, page 61).
- LE BEE. — Des suppurations pelviennes. (*Gazette Médicale de Paris*, octobre 1892).
- BOUILLY (G.). — De l'ouverture, par la voie vaginale, de collections purulentes, salpingées et ovariennes (*Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1890).
- Bulletin et Mémoires de Soc. de Chirurgie* (1891, t. XVII, pages 153-236-727).
- BIRNBAUM. — Uber beckenexsudate (Franenarzt, IX, 1894, pages 249-302).
- BROTHERS. — Pelvic inflammation in the female (*New-York Med. J.*, LXXIV, 1901, page 964).

- CADENAT. — Les indications de l'hystérectomie vaginale
(Concours Médical, 9 octobre 1921).
- CADENAT et PATEL. — Le drainage en chirurgie abdominale
(*Rapp.*, XXXVI^e Congr. français de Chirurgie).
- R. CONDAMIN. — De l'ablation des annexes par voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée (*Arch. de Tocologie et de Gynéc.*, 1894, page 162).
- CANTIN. — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales
(*Thèse de Paris*, 1889).
- CULLINGWORTH. — On the pelvic abscesses (*Lancet*, 1893, II, page 1.103).
- DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme (Paris, 1891, 8^e).
- DUVERGEY. — Tuberculoses pelviennes de la femme (*J. Méd. Franç.*, XII, 1923, page 285).
- VAN ENGEBEN. — Suppurations pelviennes chez la femme.
(Bruxelles, 1900, 8^e).
- FABRE. — Physiologie pathologique de l'épiploon (*Thèse de Paris*, 1908-1909).
- J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie.
- J.-L. FAURE. — Doit-on conserver l'hystérectomie vaginale ?
(Conf. clinique Tarnier, 21 février 1929).
- E. FORGUE et MASSUBUAN. — Traité de Gynécologie (Le Dentu et Delbet).

- GRIMAUDT. — Suppuration abdominale pelvienne au cours de la grossesse (*Bulletin Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, XI, 1922, page 511).
- GAVARD. — De l'intervention chirurgicale dans les suppurations pelviennes de la femme (*Thèse de Lyon*, 1933, 8°).
- GEORGIABES. — Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes (*Thèse de Paris*, 1898).
- HERMSTEIN. — Die vaginale incision von entzündungeherden in weiblichen becken (*Deut. Med. Woch.*, L, 1924, page 1.172).
- HOLLADAY. — The treatment of pelvic infections in women (*Amer. J. Obst. Gyn.* VI, 1923, page 299).
- KEITLER. — Operative behandlung der entzündlichen beckenkrankungen (*Wien Klin. Woch.*, XXXVIII, 1925, page 631).
- KENNEDY. — Vaginal hystérectomie and its indication (*Amer. J. of Obst. and Gynec.*, avril 1927, n° 4, p. 506).
- LE DENTU. — G. H., 27 février 1892.
— Les suppurations pelviennes (*Semaine Gynécol.*, 1898, page 249).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Les suppurations péri-utérines. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, XVI, 1902, p. 177).
- LAROYENNE. — Disposition de certaines collections pelviennes réclamant leur débridement accessif et au besoin l'ablation des annexes par la voie vaginale.

(*Arch. de Tocologie et de Gynécol.*, 1894, page 334).

LAROYENNE. — Du traitement par la voie vaginale des collections pelviennes (*Lyon Méd.*, février 1886).

— De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite (*Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1893, T. II, page 5).

— Du traitement de collections pelviennes par un large débridement vaginal (*An. de Gynéc. et d'Obst.*, T. 46, 1896, page 172).

— De la périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente séreuse ou hématique (Soc. des Sciences Méd. de Lyon, 1886).

LEGUEU. — De la colpotomie dans les supp. annexielles (*Revue de Méd. et de Chirurgie*, Paris, 1898, IX, 343-345).

LA ROGUE. — Pus in the pelvis of wornen (*Amer. J. Obst. Gynéc.*, VI, 1923, page 299).

P. MER. — De la colpotomie et de la vaccinothérapie dans les salpingites et périsalpingites suppurées (*Thèse*, Paris, 1926).

MORLET. — Des indications de la colpotomie dans les inflammations pelviennes (*Thèse de Paris*, 1903, 8°).

A. MOULONGUET. — Hystérectomie vaginale (*Archiv. provinciale de Chirurgie*, 5 mai 1897).

PÉAN. — Des gastronomies pratiquées par la voie vaginale pour l'ablation des lésions de l'ovaire, du ligament large, etc... (Leçon de clinique chirurgicale, 1890, page 1.142).

PÉAN. — Traitement des suppurations d'origine utérine qui ont pour siège l'utérus et ses annexes (*Académie de Médecine* Séance du 8 juillet 1890).

PÉAN et SEGOND. — Du traitement des suppurations pelviennes (1^{er} Congrès international de Gyn. et d'Obst., Bruxelles, septembre 1892).

PÉAN. — Traitement des suppurations pelviennes (2^e Congrès intern. de Gynéc. et d'Obst., Genève, septembre 1896).

PETIT DE LA VILLÉON. — A propos de l'hystérectomie vaginale (Soc. de Chirurgie de Paris, 4 novembre 1927).

POIRIER. — Traité d'Anatomie.

POIRIER. — Lymphatiques et adhérences (*Progrès Médical*, 18 janvier 1890).

POZZI. — Traité de Gynécologie.

QUÉNU. — Annales de Gynécologie, t. XXXVII, mai 1892, page 921.

H RIPERT. — (*Thèse de Paris*, 1925).

SEGOND. — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes (*Annales de Gynécologie*, vol. 39, page 507).

A. SÉNÉCHAL. — « Des tumeurs inflammatoires pelyi-péritonitiques » (*Thèse de Paris*, 1907).

TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.

TOURNEUX. — Du traitement des péritonites post-abortives par l'hystérectomie vaginale (Soc. Obst. et Gynéc. de Toulouse, 14 mars 1923 et Concours Médical, 6 janvier 1924).

— Prolifération d'une inclusion tubaire dans la cicatrice vaginale à la suite d'une hystérectomie par voie basse (Soc. de Gynéc. et d'Obst., Toulouse, 21 décembre 1921).

WERTHEIM. — De l'examen bactériologique du pus, pratiqué au cours des opérations sur les annexes (Congrès de Gynéc., Breslau, mai 1893; Leipzig, 1893, page 265).

Table des Matières

	Pages
AVANT-PROPOS	15
CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction et Historique de l'Hystérectomie vaginale et de son emploi dans le traitement des suppurations pelviennes</i> ...	17
CHAPITRE II. — <i>Etude Anatomique du petit bassin chez la femme</i>	25
CHAPITRE III. — <i>Anatomie pathologique de certaines suppurations pelviennes. Les abcès pelviens</i> ..	37
CHAPITRE IV. — <i>Technique de l'Hystérectomie vaginale. Quelques Hystérectomies partielles et considérations diverses</i>	55
CHAPITRE V. — <i>Indications de l'Hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes</i>	77
OBSERVATIONS	95
CONCLUSIONS	107
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	111
